89. Jahrgang Berlin, 3. Januar 1920 No. 1

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen.
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

89. Jahrgang Berlin, 3. Januar 1920 No. 1

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 50 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Gustav Embden (Frankfurt a. M.): **Ueber die Bedeutung der Phosphorsäure für die Muskeltätigkeit und Leistungsfähigkeit** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 30).

Auf Grund eigener und fremder Untersuchungen kommt Verfasser zu folgenden Ergebnissen. Das Lactacidogen, das nahe verwandt ist mit der bei der alkoholischen Hefegärung auftretenden Hexosediphosphorsäure, ist allem Anschein nach als die Contractionssubstanz des quergestreiften Muskels anzusehen. Unter Einwirkung des Reizes zerfällt es in Milchsäure und Phosphorsäure. Das Lactacidogen findet sich in rasch arbeitenden (weißen) quergestreiften Muskeln in wesentlich größeren Mengen als in langsam arbeitenden roten Muskeln, während die Menge der organischen Nichtlactacidogenphosphorsäure, die als Restphosphorsäure bezeichnet wird, von der Dauerhaftigkeit der Arbeitsfähigkeit des Muskels abhängt. Je andauernder ein Muskel arbeiten kann, um so größer ist sein Gehalt an Restphosphorsäure. Durch Muskelarbeit nimmt der Gehalt des Muskels an Lactacidogenphosphorsäure ab unter entsprechender Zunahme der anorganischen Phosphorsäure. Die Spaltung des Lactacidogens bei der Muskeltätigkeit läßt sich auch beim Menschen nachweisen durch das Auftreten besonders stark vermehrter Phosphorsäureausscheidung bei Muskelarbeit, die namentlich deutlich hervortritt, wenn man sie in kurzen Perioden untersucht. Phosphorsäure ist hiernach eine für die Muskeltätigkeit wichtige Betriebssubstanz. Dementsprechend ruft die Zufuhr von primärem Natriumphosphat ($Na\,H_2\,PO_4$) in Mengen von 5—7,5 g bei vielen Personen eine oft sehr beträchtliche, am Ergostaten bestimmbare Steigerung der muskulösen Leistungsfähigkeit hervor. Auch die psychische Leistungsfähigkeit und Frische kann bei zahlreichen Personen durch Phosphatverarbeitung gesteigert werden. Ebenso können psychische und physische Erschöpfungszustände günstig beeinflußt werden.

Prof. Dr **Florschütz** (Gotha): **Die Grippe-Epidemie von 1918 in der Statistik der Lebensversicherung.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, No. 34)

Verfasser gibt an dem Material der Gothaer Lebensversicherungsbank eine vergleichende Statistik der Grippe-Epidemie 1918 und der Influenza-Epidemie 1889/90. Damals verlor die Bank unter 73 962 Personen 173 an Grippe (Influenza); die Todesfälle entfielen relativ am meisten auf die Altersklasse 61—90 Jahre, während die jüngeren Jahrgänge viel weniger betroffen waren, so daß die Prozent-Mortalitätskurve stetig entsprechend dem Alter ansteigt. Bei der diesjährigen Epidemie dagegen liegt ein Maximum der prozentualen Mortalität bei der Altersklasse 26—30 Jahre, pas Minimum entfällt auf das Alter 51—55 Jahre; von da an steigt die Mortalität wieder entsprechend dem Alter an; nur die Altersklasse 81—85 Jahre zeigt eine etwas höhere Mortalität als die Altersklasse 26—30 Jahre. Im ganzen starben unter 132 159 Versicherten 1918 an Grippe 385. Also auch die Zahlen der Gothaer Bank ergaben für die diesmalige Grippe-Epidemie, daß die jugendlichen Personen zwischen 15 und 30 Jahren vorwiegend der Epidemie zum Opfer fielen, entsprechend der überall gemachten Erfahrung.

Dr. **Paul Löwenberg** (Charlottenburg): **Ueber Konservierung und Versendung von spirochätenhaltigem Reizserum in Kapillarröhrchen zwecks Frühdiagnose des Lues** (Berlin. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 30).

Bei der großen Bedeutung der frühzeitigen Diagnose eines syphilitischen Primäraffekts wegen der rechtzeitigen Einleitung einer Abortivbehandlung ist der Nachweis der Spirochäten im Primäraffekt jedem Arzt zu ermöglichen. Da nun nicht jeder Arzt über die erforderlichen Apparate zur Untersuchung (Dunkelfeld usw.) verfügt, da ferner eine besondere Uebung und Sachkenntnis zum Erkennen der Spirochäta pallida gehört, so kommt es nur darauf an, eine Methode zu schaffen, um das spirochätenhaltige Serum zu konservieren, damit es an bakteriologische Untersuchungsanstalten übersendet werden kann. Verfasser hat hierüber in der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger städtischen Krankenhauses Untersuchungen angestellt, welche ihn zu folgender Methode führten. Eine Glaskapillare von 1 mm Durchmesser und 8 cm Länge wird trocken sterilisiert senkrecht in das aus dem Gewebe ausgetretene Reizserum gesetzt, dann steigt das Reizserum im Röhrchen auf. Es empfiehlt sich das Reizserum mit physiologischer Kochsalzlösung im Verhältnis 1 : 1 oder noch stärker zu verdünnen; man läßt die Kochsalzlösung aus einem sterilen Glasschälchen in die Kapillare aufsteigen. Zum Dunkelfeldpräparat wird nur eine Flüssigkeitssäule von 1 cm Länge gebraucht. Nun wird durch Beklopfen der die Kapillare haltenden Hand die 1 cm lange Flüssigkeitssäule in die Mitte der Kapillare gebracht, darnach die Oeffnungen durch Eintauchen in erhitztes Siegellack verschlossen. Nach den Untersuchungen des Verfassers halten sich die Spirochaetae pallidae in den Kapillarröhrchen mindestens 3—4 Tage sicher erkennbar. Innerhalb dieser Zeit wird es wohl immer möglich sein, das von einem zweifelhaften Ulcus gewonnene Material an eine Untersuchungsanstalt zu verschicken. Die Apotheken könnten für diesen Zweck kleine Behälter mit trocken sterilisierten Kapillarröhrchen und kleinen Ampullen mit steriler physiologischer Kochsalzlösung vorrätig halten.

Dr. **A. Jarisch** (Graz): **Fehlen einer Lunge bei einem Frontsoldaten** (Wien. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 28).

Ein 29jähriger Infanterist, der mehrere Jahre im Felde und in der Etappe gewesen war und seit 1916 etwas hustete, erkrankte unter Atembeschwerden und Fieber (39,4 Grad). Bei der Untersuchung wurde auf Grund des physikalischen Befundes ein ausgedehnter Schrumpfungsvorgang in der linken Pleura und Lunge angenommen. Der Kranke starb nach wenigen Tagen an einer Pneumonie. Bei der Sektion fand sich, daß die linke Lunge mit ihren Gefäßen und dem Vagusast vollständig fehlte, vom linken Bronchus war nur ein kurzer Stumpf vorhanden. Das Knorpelgerüst der unteren Trachea und des linken Bronchus zeigten bemerkenswerte Verbildungen. Die äußerlich nur in ihrem oberen Teil etwas flachere linke Brustseite enthielt: das nach links verlagerte Mediastinum, das wohlgebildete Herz, zwei Fettkörper und die weit nach links reichende rechte Lunge, die sogar eine richtige linke Lungenspitze bildete. In der rechten Lunge bestand nur geringes Emphysem; ihre Vergrößerung war durch vermehrte Bildung von Lungengewebe bedingt. Es handelte sich in diesem Falle um eine Agenesie einer Lungenhälfte, im ganzen sind einschließlich des vorliegenden Falles 10 Fälle bekannt geworden; darunter 3 totgeborene Kinder; 3 Fälle starben im Säuglingsalter, 3 wurden 24 Jahre alt.

Prof. Dr. **Edmund Hoke** (Komotau i. Böhmen): **Ein selten schwerer Fall von bronchialem Asthma mit tödlichem Ausgang im Anfall** (Wiener klin. Wochenschr. 1919, Nr. 29).

Ein früher gesunder 39jähriger Mann erkrankte zuerst im Felde an Asthmaanfällen und wurde deshalb in die Heimat entlassen. In das Krankenhaus aufgenommen, zeigte er außer Volumen pulmonum auctum völlig negativen Befund. Die im Krankenhaus beobachteten Anfälle waren typische mit Spiralen, Kristallen, Eosinophilie im Blut und Sputum. Durch intramuskuläre Adrenalininjektionen (1 ccm einer 1-proz. Lösung) gelang es zunächst die Anfälle zu kupieren, außerdem erhielt der Kranke täglich einen Eßlöffel einer 5-proz. Jodnatriumlösung und 0,2 mg Atropin zweimal täglich. Der Kranke wurde gebessert entlassen. Nach etwa sechs Wochen traten wieder täglich Anfälle auf, und zwar heftiger als früher. Atropin, Jod, Adrenalin waren jetzt ohne jede Wirkung. Der Patient wurde wieder in das Krankenhaus aufgenommen. Die Anfälle waren jetzt fast dauernd und sehr schwer. Alle Mittel versagten; schließlich brachte nur die Kelen-Narkose für Minuten Erleichterung. In einem sehr schweren Anfall trat schließlich der Exitus ein. Die Sektion ergab akutes Lungenödem, sonst völlig negativen Befund.

Dr. **Georg Straßmann** (Berlin): **Ueber plötzlichen Tod durch Glottisödem** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 30).

Das sogen. Glottisödem oder richtiger Larynxödem, d. h. eine ödematöse Anschwellung des Kehlkopfeingangs, ist nicht ganz selten Ursache eines plötzlichen Todes. Es gibt sowohl ein nichtentzündliches wie ein entzündliches Larynxödem. Das erstere kann z. B. sekundär durch Hydrops bei Nieren- und Herzkrankheiten, ferner bei Urticaria, auch auf angioneurotischer Basis (Quincke'sches Oedem) entstehen. Das entzündliche Larynxödem tritt meist als Folge oder Begleiterscheinung anderer entzündlicher oder infektiöser Prozesse der Umgebung auf, selten scheinbar primär in einem vorher ganz gesunden Körper und kann dann auch einen plötzlichen Tod herbeiführen (sogen. primäres Larynxerysipel oder primäre Larynxphlegmone). Derartige plötzliche Todesfälle durch Glottisödem haben dann ein forensisches Interesse, wenn der Verdacht einer anderen Todesursache auftaucht und durch die Obduktion die Feststellung des Glottisödems als Todesursache erfolgt. Verfaser berichtet über 2 derartige Fälle. Im ersten Fall handelte es sich um einen 52jährigen Mann, der in früheren Jahren mehrfach an Mandelabscessen gelitten hatte. Er erkrankte nun wieder an Halsschmerzen, welche sich im Laufe eines Tages so steigerten, daß er in der Nacht ein Krankenhaus in einer Gemeinde von Groß-Berlin aufsuchte. Hier fand der wachhabende Kandidat der Medizin eine Anschwellung der rechten Mandel, eine Schwellung und Schmerzhaftigkeit der rechten Halsseite und einen gewissen Grad von Atemnot. Da er den Fall für nicht dringend hielt, und der Kranke aus einem andern Vorort von Groß-Berlin war ,lehnte er die Krankenhausaufnahme ab. Der Kranke konnte ein anderes Krankenhaus nicht mehr erreichen, gelangte mit Mühe in seine Wohnung und starb dort nach einer halben Stunde an einem Erstickungsanfall. Um die Todesursache festzustellen, wurde die Leiche nach 6 Wochen exhumiert und gerichtlich obduziert. Trotz der vorgeschrittenen Fäulnis ließ sich noch nachweisen, daß eine hämorrhagisch entzündliche Infiltration der aryepiglottischen Falten bestanden haben mußte. Beide Mandeln waren etwas vergrößert und entleerten auf Druck eine Anzahl kleiner weißer Pfröpfe. Die Larynxinfiltration wurde als Todesursache von den gerichtlichen Sachverständigen angesehen. Ein schuldhaftes Handeln des betreffenden wachhabenden Kandidaten wurde verneint, weil eine Krankenhausaufnahme den Tod nicht mit völliger Sicherheit hätte verhindern können. Der zweite Fall betraf einen 45jährigen Friseur, der in einer Kaserne beim Rasieren, nachdem er vorher einen Schnaps genossen hatte, plötzlich mit Atemnot erkrankte und trotz Zufuhr von Sauerstoff in kurzer Zeit starb. Wegen Verdacht auf Alkoholvergiftung wurde die Leiche 5 Tage später gerichtlich seziert. Es fanden sich Zeichen eines Luftröhrenkatarrhs, ein braunes Herz, Lungenödem, ödematöse Anschwellung des gesamten Larynxeingangs, des Gaumens und Zäpfchens. Ein Beweis für Alkoholvergiftung ließ sich nicht erbringen. Als unmittelbare Todesursache kam Erstickung durch Oedem des Larynx in betracht. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine eitrige Infiltration des submucösen Larynxgewebes und der Trachea. Verfasser sieht die Erkrankung als primäres Larynxerysipel an.

Prof. Dr. **Edmund Hoke** (Komotau, Böhmen): **Die Behandlung des Meteorismus und spastischer Zustände im Magendarmtrakt mit Kampfer.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, No. 33.)

Vor einigen Jahren empfahl W i e c h o w s k i auf Grund von experimentellen Untersuchungen den Kampfer zur Behandlung des Meteorismus und spastischer Zustände im Magendarmkanal. Seit längerer Zeit verwendet daraufhin Verfasser den Kampfer in ausgedehntem Maße als symptomatisches Mittel bei den verschiedenen Formen des Meteorismus und der Tympanie und hat ihn sehr wirksam befunden. Er gibt mehrmals täglich Spiritus camphoratus, 10—25 Tropfen pro dosi. Bei einem 51jährigen Mann, der seit 10 Jahren an spastischer Obstipation mit sehr schmerzhaften Blähungen litt und Stuhl nur durch Abführmittel erzielen konnte, hörten die Beschwerden auf, seitdem der Patient Kampferspiritus nimmt; der Stuhl wurde normal. Der Patient nimmt jetzt jeden dritten Tag abends 25 Tropfen Spirit. camphorat. Wenn der Patient mit der Kampferbehandlung längere Zeit aussetzt, kehren die alten Beschwerden sofort wieder. Den gleichen Erfolg sah Verfasser bei einem Fall von spastischer Obstipation infolge chronischer Bleivergiftung. Bei zwei anderen Fällen von chronischer Bleivergiftung mit Darmkoliken beseitigte der Kampferspiritns die Koliken.

Dr. **Gustav Neugebauer** (Striegau): **Isolierte subcutane Pankreasruptur.** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 29.)

Verfasser berichtet über einen mit Erfolg operierten Fall von Pankreaszerreißung. Ein 12jähriger Knabe war von einem Heuwagen gefallen, das Vorderrad des Wagens ging ihm quer über den Oberbauch. Die Haut der Oberbauchgegend zeigte nur Abschürfungen. Die Bauchdecken waren hart gespannt, der Puls klein und beschleunigt. Da eine intraabdominelle Verletzung angenommen werden mußte, wurde eine Reihe von Stunden nach dem Unfall die Bauchhöhle vom Schwertfortsatz bis zum Nabel eröffnet. Es fand sich nur eine Verletzung der Bauchspeicheldrüse. Ihr peritonealer Ueberzug war eingerissen; die Drüse selbst war neben dem Kopf vor der Wirbelsäule ziemlich breit zerquetscht, die anliegenden Teile frisch blutig infiltriert, keine Nekrose; keine Fettnekrosen der Umgebung; keine arterielle Blutung. Die parenchymatöse Blutung stand nach kurzer Tamponade. Es wurde ein fester Tampon auf die gequetschte Stelle gelegt und durch die Bursa omentalis und die Bauchwunde, die bis auf diese Stelle geschlossen wurde, herausgeleitet. Nach Lösung des Tampons wurden später dünnere Gummirohre eingelegt. Die anfangs reichliche, gelbliche, fade riechende Absonderung wurde allmählich wässerig. Die Wunde schloß sich im Laufe von 8 Wochen. Der Urin blieb zuckerfrei, auch bei späteren Untersuchungen.

Dr. **Joh. von Husen** (Bonn): **Hautentzündung durch Kalkstickstoffdünger** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 27).

In der Landwirtschaft wird jetzt vielfach Kalkstickstoff als Dünger gebraucht. Der Kalkstickstoff stellt ein schwarzes Pulver dar, welches als wirksamem Besandteil Kalziumzyanamid, als Verunreinigung Aetzkalk bis ungefähr 30 Proz. und geringe Mengen Schwefelkalzium und etwas pulverisierte Kohle enthält. Verfasser berichtet nun, daß bei Ackerern durch Beschäftigung mit Kalkstickstoff heftige Hautreizungen entstehen können. Einen Fall, der in der Bonner Hautklinik 14 Tage lang wegen einer heftigen Dermatitis nach Kalkstickstoff behandelt wurde, teilt Verf. ausführlich mit. Darnach vermag der Kalkstickstoff nicht nur vesikulöse und bullöse Dermatitiden an den freien Körperstellen (Gesicht und Händen), sondern auch fast über die ganze Körperhaut sich ausbreitende akute Entzündungen hervorzurufen. Daneben können auch heftig juckende, quaddelartige Efflorescenzen entstehen, und zuweilen kann auch durch die Aetzwirkung eine Geschwürsbildung an den einzelnen Stellen erfolgen, die durch die Kleidung gescheuert werden. Die Hautreizung bzw. Verätzung der Haut wird wahrscheinlich durch den dem Kalkstickstoffdünger beigemengten Aetzkalk bewirkt. — Was die Behandlung betrifft, so führt bei Ausschalten der ursächlichen Schädlichkeit die Behandlung mit Zinkwismutschüttelmixtur und Salben ziemlich schnell zur Heilung der Hautreizungen. Bei heftigen Entzündungen mit diffuser Schwellung und Nässen der Haut sind vorübergehende Umschläge mit Salizyl (0,1 Proz.) oder Resorcinlösung (1 Prozent) von guter Wirkung.

Prof. **Oskar Groß** (Greifswald): **Ueber den Wert käuflicher Pepsinpräparate.** (Deutsche med, Wochenschr. 1919, Nr. 30.)

In der Praxis wird bei Störungen der sekretorischen Magenfunktion häufig neben Salzsäure Pepsin in Form von Pepsinwein verordnet. Nach Verfaser ist die Zufuhr von Pepsin wahrscheinlich überhaupt nicht nötig, weil die Sekretionsstörung sich fast immer nur auf die Salzsäure bezieht und Pepsin bzw. Pepsinogen fast stets in genügender Menge vorhanden ist. Trotzdem schien es Verfasser wünschenswert, die verdauende Kraft des Pepsinweins und einiger anderer Pepsinpräparate zu untersuchen. Er bestimmte die proteolytische Kraft der zur Untersuchung kommenden Präparate quantitativ an einer Caseïnlösung nach Pepsineinheiten. Eine Pepsineinheit E ist die Pepsinmenge, welche in 15 Minuten 10ccm einer 0,1proz. Kaseïnlösung, die noch 16ccm 25proz. Salzsäure im Liter enthält, verdaut. Verfasser untersuchte zunächst 13 aus verschiedenen Apotheken stammende Proben von Pepsinwein, die vor 1 Monat bis vor 1 Jahr hergestellt waren. Den untersuchten Präparaten fehlte entweder jede peptische Kraft, oder sie war so gering, daß sie praktisch ohne Wert ist. Zu demselben Ergebnis war schon Werther (Berl. klin. Wochenschrift 1892) gekommen. Die Hemmung der verdauenden Kraft des Pepsins wird zum Teil durch den Wein selbst bewirkt. Von Bedeutung ist aber ferner der Umstand, daß die Verdaungskraft des Pepsins allmählich abnimmt. Von einem Pepsinwein, den Verfasser selbst nach den Vorschriften der Pharmakopöe sich herstellte, betrug die verdauende Kraft sofort nach der Herstellung 30 E (für 1 ccm). Der kalt aufbewahrte Wein verlor in 30 Tagen nur die Hälfte seiner Wirkung, während der bei Zimmertemperatur aufbewahrte Wein nach dieser Zeit nur noch eine Stärke von 4 E hatte. Nach 2 Monaten war er völlig unwirksam. Im Brutschrank aufbewahrter Pepsinwein war schon nach wenigen Tagen völlig unwirksam. — Verfasser untersuchte eine Probe Pepsin-Salzsäuredragées aus einer Berliner Groß-Apotheke. Die verdauende Kraft dieses Präparats erwies sich als sehr gering. Dagegen erwies sich die verdauende Kraft von Acidol-Pepsin als beträchtlicher. Die proteolytische Kraft einer Acidol-Pepsin-Tablette entsprach ungefähr der von 2 bis 3 ccm normalen Magensaftes.

H. Führer (Königsberg): **Die Blausäurevergiftung und ihre Behandlung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 31.)

Während bisher Blausäurevergiftungen meist durch Aufnahme von Zyankalium oder Zyannatrium zustande kommen, sind neuerdings Vergiftungen durch gasförmige freie Blausäure vorgekommen, seitdem zuerst in Amerika, seit 1917 auch bei uns die gasförmige Blausäure in größerem Maßstab zur Vernichtung tierischer Parasiten des Menschen (Kleiderläuse, Wanzen, Stechfliegen und Stechmücken) Verwendung findet. Die gasförmige Blausäure wird dabei durch Einwirkung von Zyannatrium auf verdünnte Schwefelsäure entwickelt. Reine Blausäure bildet bei Zimmertemperatur eine farblose Flüssigkeit mit dem Siedepunkt 26,5 Grad C. Die gasförmige Blausäure löst sich sehr leicht in Wasser, wird deshalb bei der Desinfektion von feuchten Gegenständen reichlich absorbiert und kann, wenn es sich z. B. um feuchte Bettwäsche handelt, noch einige Zeit nach der Durchgasung zu Vergiftungen führen. Gründliche Durchlüftung nicht nur des desinfizierten Raumes, sondern auch von Wäsche, Kleidern, Teppichen darin ist erforderlich. Gefährlich ist, sofern dies ohne Sauerstoffapparat geschieht, bei den Vergasungen vor allem die Entfernung der Gasentwicklungsgefäße, die noch reichlich gelöste Blausäure enthalten. Hierbei ist schon ein tötlicher Vergiftungsfall vorgekommen. Meist handelt es sich bei den die Vergasung ausführenden Arbeitern um leichte Vergiftungen. Hierbei treten Reizungserscheinungen der Schleimhäute, Kratzen im Hals und in der Nase, Rötung der Augenbindehaut auf. Später macht sich leichtes Brennen auf der Zunge und ein eigenartiger metallischer Geschmack bemerkbar. Auch Uebelkeit und Brechreiz tritt auf, bei weitergehender Vergiftung ein eigenartiges Druckgefühl in der Stirngegend und ein Angstgefühl, darauf die Empfindung allgemeiner Schwäche und Bewußtlosigkeit. Schwerere Vergiftungen sind durch plötzlich eintretende Bewußtlosigkeit charakteristisch. Dabei sind Puls und Atmung stark verlangsamt. Dauernde Gesundheitsschädigungen werden bei den nicht tötlich endigenden Blausäurevergiftungen nicht beobachtet. Auch chronische Blausäurevergiftungen scheinen nicht vorzukommen. — Eine tötliche Massenvergiftung ereignete sich am 9. November 1918 nach einer Durchgasung von Baracken in Essen. Hierbei wurde die Entlüftung ganz unzureichend ausgeführt. Von den Personen, welche die Nacht darauf in dem Raume schliefen, starben zehn, während bei fünf Wiederbelebungsversuche Erfolg hatten. — Nicht tötliche Mengen von Blausäure werden im Harn zum Teil als Rhodansalz ausgeschieden, d. h. der Organismus bildet aus HCN durch Anlagerung von Schwefel HCNS, deren Salze praktisch ungiftig sind. Der Schwefel wird im Organismus durch die Eiweißkörper geliefert. Verfasser empfiehlt bei Blausäurevergiftung Natriumthiosulfat als schwefelhaltige Verbindung zuzuführen. Er fand, daß wenn man weiße Ratten mit nicht zu hoher, aber tötlicher Zyankalidose subkutan vergiftet, die Tiere durch subkutan 5—15 Minuten später gegebenes Thiosulfat gerettet werden. Auch nach Vergiftung der Tiere mit Blausäuregas beschleunigt das Natriumthiosulfat die Erholung bedeutend. Verfasser benutzt eine 2,5—5proz. Lösung des Salzes. Neben künstlicher Atmung und Natriumthiosulfat erwies sich Suprarenin von Nutzen zum Heben des gesunkenen Blutdruckes. — Bei innerlicher Vergiftung mit Zyaniden sind diese, solange sie nicht resorbiert sind, durch Magenspülung zu entfernen, die zweckmäßig mit schwacher Kaliumpermanganat-Lösung (0,1 Proz.) zur Oxydation des Giftes ausgeführt wird. Auch scheint die Umwandlung der Blausäure im Magen in ungiftiges Blutlaugensalz durch Ferrosulfat mit überschüssigem Alkali (Natrium-Karbonat, Magnesia) zu gelingen. Bei langsamer Zyanidvergiftung beim Menschen empfiehlt Verfasser künstliche Atmung, subkutane Injektion von 5proz. Natriumthiosulfatlösung, welche in Mengen bis 100 ccm sicher unschädlich ist, und evtl. intramusculäre Gaben von Suprarenin (0,5 mg).

II. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Eigenbericht der Allg. med. Centr.-Zeitung.

Sitzung vom 15. Dezember 1919.

Vorsitzender: Herr Kraus.

Tagesordnung:

Zur Pathologie des erworbenen hämolytischen Ikterus.

Herr **Karl Lewin**: Während wir bisher nur aus italienischen und französischen Berichten vom hämolytischen Ikterus Kenntnis erhielten, haben sich in letzter Zeit in zunehmendem Maße auch deutsche Autoren mit dem Gegenstande befaßt. In eingehender Darstellung der verschiedenen Erscheinungsweisen des Leidens, der kongenitalen und der

erworbenen Form, des Ikterus hämolysinique und der zahlreichen Anschauungen über die Entstehung der Krankheiten bemerkt Vortr. namentlich, daß mehrfach an Beziehungen zur perniciösen Anämie gedacht wurde. Das Hauptsymptom der Resistenzverminderung der roten Blutzellen gegen hypotonische Kochsalzlösungen kann mitunter auch fehlen. Ferner kamen Fälle ohne Milztumor vor. Vortr. sah zwei Fälle von erworbener Krankheit; der eine 40jährige Mann bekam sie im Anschluß an Ruhr, der andere 20jährige im Anschluß an einen infektiösen Magendarmkatarrh. Beide Male sah Vortr. erhebliche Anämie mit Anisocytose und Polychromatophilie, Bilirubinämie und Urobilinurie sowie deutliche Herabsetzung der Resistenz. Beide Male wurde die Milz entfernt mit dem Erfolge einer Besserung sämtlicher Krankheitserscheinungen. Weitere Beobachtung fand nicht statt.

Nach Widal führt die verminderte osmotische Resistenz der roten Blutzellen zu erhöhtem Zerfall derselben, nach Minkowski und Chauffard ist die Erkrankung der Milz das Primäre. Die ganze Frage ist noch unklar.

Aussprache:

Herr **Ziemann:** Malaria kommt oft ursächlich in Frage. Cholestearin erhöht die Resistenz der roten Blutzellen anscheinend.

Herr **Plehn**: Der hämolytische Ikterus ist keine Krankheit sui generis, sondern eine Symptomgruppe. Es kommt weder dem Verhalten der Resistenz der roten Blutkörperchen noch der Anwesenheit von Hämolysinen eine besondere Bedeutung zu. Letztere findet man sowohl bei Gesunden wie bei Kranken.

Herr **Jungmann** sah zwei Fälle: einmal kam vermutlich Malaria, im anderen Falle Blei ätiologisch in Betracht. Im zweiten Falle war allerdings auch an perniciöse Anämie zu denken.

Herr **Glaser** beobachte einen Fall, bei dem Tuberkulose das ätiologische Moment zu bilden schien.

Herr **V. Schilling**: Die nach Naegeli und anderen Autoren für hämolytischen Ikterus kennzeichnenden kleinen Blutzellen entstehen dadurch, daß die in ihrer Resistenz geschwächten Erythrocyten im eigenen Blutserum quellen. Was bei vitaler Färbung als Substantia granulo-filamentosa bezeichnet wird, ist im Trockenpräparat mit der Polychromasie der Erythrocyten identisch.

Herr **H. Hirschfeld** sah einen Fall von erworbenem hämolytischem Ikterus; hier kam ätiologisch Kupfervergiftung in Betracht. Die Erythrocyten waren in ihrer Resistenz nicht geschwächt. Heilung unter Arsentherapie ohne Splenektomie. Die Milz hat pathogenetisch die primäre Rolle. Wird sie entfernt, so hört der Blutzerfall auf; denn die neuen Blutzellen besitzen größeren Widerstand gegen die blutzerstörenden Kräfte des Organismus. Sonst müßten die reticulo-endothelialen Apparate der Lymphdrüsen, des Knochenmarks und der Leber vikariierend für die Leber eintreten. Das geschieht z. B. immer bei perniciöser Anämie nach Splenektomie. In einem Falle schwand die Herabsetzung der Resistenz der Erythrocyten völlig erst 2 Jahre nach der Milzexstirpation. Sie ist nur ein Zeichen von konstitutioneller Minderwertigkeit der Erythrocyten, das nicht direkt im Zusammenhang mit dem vermehrten Blutzerfall steht.

Herr **Brugsch** betont die Bedeutung der Leber. Der vermehrte Blutzerfall bewirkt wohl Polycholie. Im Darm bilden sich erhebliche Massen Urolibin; die Leber kann sie nicht zerlegen, da sie selbst geschwächt ist. Die Milz dürfte kaum eine primäre Rolle spielen. Es gibt Uebergänge zwischen perniciöser Anämie und hämolytischem Ikterus. Die verminderte Resistenz hat schwerlich die ihr vielfach zugeschriebene Bedeutung.

Herr **His**: Warum kommt es bei hämolytischem Ikterus nicht jedesmal zu perniciöser Anämie?

Herr **H. Hirschfeld**: Bei der perniziösen Anämie ist das Knochenmark primär geschädigt; es liefert minderwertige, sehr debile Erythrocyten. Bei hämolytischem Ikterus vermag hingegen das Knochenmark fast ausnahmslos unbegrenzt zu regenerieren.

Herr **Kraus**: Bei der perniziösen Anämie spielt wohl doch der starke Blutzerfall eine größere Rolle, als Hirschfeld annimmt.

Herr **K. Lewin** (Schlußwort).

III. Bücherschau.

Gesundes reines Mädchentum. Ein ärztlich-ethisches Wort zum sexuellen Problem der gebildeten Jungmädchenwelt. Von Dr. Otto Emsmann, Arzt in Berlin. Vaterländische Verlags- und Kunstanstalt. Berlin SW. 61. 110 S. M. 2,—.

Vorliegende Schrift, deren Tendenz aus dem Titel hervorgeht, wendet sich ausschließlich an jüngere Leserinnen, denen es die aus sittlichen und gesundheitlichen Gründen notwendige geschlechtliche Enthaltung vor der Ehe eindringlich ans Herz legt. Um das Verständnis seiner Ausführungen zu fördern, gibt der Verfasser auch eine kurze Schilderung des Baus und der Funktion der Geschlechtsorgane sowie der Geschlechtskrankheiten. Im allgemeinen kann man seinen Darlegungen beipflichten; nur war es nicht notwendig, daß der Verfasser an einer Stelle seinen orthodoxen religiösen Standpunkt hervortreten läßt; auch malt er die sozialen Gefahren des freien Geschlechtsverkehrs, den er sozusagen unter allen Umständen als Vorstufe der Prostitution hinstellt, in etwas zu dunklen Farben. Wer das wirkliche Leben kennt, muß diese Anschauung als unzutreffend zurückweisen. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Breslau. Der Oberarzt an der hiesigen dermatologischen Universitätsklinik Dr. Karl Lennhoff wurde zum Oberarzt der neu zu errichtenden dermatologischen Abteilung am Krankenhaus in Magdeburg ernannt.

Darmstadt. Am 8. Dezember verschied hier infolge eines Schlaganfalles Geh. Obermedizinalrat Dr. Ludwig Hauser im 75. Lebensjahre. Er gehörte seit 1899 als vortragender Rat der Ministerialabteilung für öffentliche Gesundheitspflege an; im Jahre 1917 war er in den Ruhestand getreten. Um die Regelung der Feuerbestattung in Hessen hat er sich große Verdienste erworben. Auch hatte er die Leitung der Landesimpfanstalt.

Wien. Professor Adam Politzer, der frühere Direktor der Universitätsklinik für Ohrenkranke und Mitbegründer der modernen Ohrenheilkunde, beging in diesen Tagen sein 60jähriges Doktorjubiläum. Er ist 84 Jahre alt und hatte sich 1861 als Privatdozent in Wien habilitiert, wo er 1894 ordentlicher Professor wurde. — Der im Ruhestand lebende frühere Ordinarius der Augenheilkunde Prof. Ernst Fuchs ist auf einige Monate nach Spanien gereist, um auf Einladung des spanischen Unterrichtsministeriums an der Universität Madrid Vorträge über ausgewählte Kapitel der Augenheilkunde zu halten.

Bern. Dr. R. Isenschmid hat sich hier für innere Medizin habilitiert.

Verschiedenes.

Berlin. An Stelle des Professor Abderhalden, der, wie berichtet, sein Mandat niedergelegt hat, wurde das Mitglied der demokratischen Fraktion Dr. med. Struve, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, zum Vorsitzenden des Ausschusses für Bevölkerungspolitik der verfassungsgebenden preußischen Landesversammlung gewählt.

Berlin. Während der Monate Januar bis März veranstaltet das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen einen Zyklus von Vorträgen über den gegenwärtigen Stand der Medizin. Vortragende sind die Herren Rubner (Ueber die zukünftige Volksernährung), Kraus (Gefäßkrankheiten), Brugsch (Herzkrankheiten), His (Arthritiden), Payr und Boas (Behandlung des Magengeschwürs), His (Tuberkulosebehandlung nach Friedmann), Volhard (Nierenkrankheiten), Lubarsch (Krankheiten ohne Krankheitserscheinungen), Zinn (Wurmkrankheiten), Placzek (Psychoanalyse), Breger (gesundheitliche Gefahren bei Wiederaufnahme des Weltverkehrs). Die Vorträge finden im Kaiserin-Friedrich-Haus in Berlin statt.

Basel. Das Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte beginnt im Januar seinen 50. Jahrgang und wird in Zukunft in vergrößertem Format als „Schweizerische Medizinische Wochenschrift" erscheinen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang Berlin, 10. Januar 1920 No. 2

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

89. Jahrgang | Berlin, 10. Januar 1920 | No. 2

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 8302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 70 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Erfahrungen mit Digitotal.

Von Dr. med. et phil. **H. v. Hayek**, Innsbruck.

Im Folgenden sei ein kurzer Ueberblick über die in meinem Tuberkulosespital mit Digitotal gemachten Erfahrungen gegeben, nachdem ich das Präparat intern und subkutan in mehr als hundert Fällen von Indikationen für Digitalis angewendet habe.

Bemerken muß ich dabei allerdings, daß die wichtigste Digitalisindikation — Kompensationsstörungen bei organischen Herzfehlern — beim Krankenmaterial meiner Tuberkuloseanstalt naturgemäß nur gelegentlich vorkam. Die weitaus größere Mehrzahl bildeten Fälle von Kreislaufschwäche mit Zeichen gestörter Blutverteilung infolge toxischer Schädigung des Herzmuskels bei Tuberkulösen vorgeschrittener Krankheitsstadien. Wie wir wissen stellen derartige an sich keine besonders aussichtsreichen Indikationen für eine Digitalistherapie dar, denn wenn einmal die Degeneration des Herzmuskels zu weit vorgeschritten ist, so ist eine nutzbringende Digitalisanwendung überhaupt nicht mehr zu erwarten. In denjenigen Fällen aber, in denen der Herzmuskel noch nicht zu stark geschädigt ist, und seine Funktion mechanisch durch Schrumpfungsprozesse in der Lunge oder dergleichen gestört wird, kann man auch hier noch gute Digitaliswirkungen beobachten.

Zur Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit eines Digitalispräparates ist es zweckentsprechend, andere Fingerhutpräparate, deren Verläßlichkeit und Wirkungsintensität dem Beobachter durch längere Erfahrung gut bekannt sind, zu wechselnden Parallelversuchen heranzuziehen. Ich habe zu diesen vergleichanden Versuchen in erster Linie das Digalen, das ich am häufigsten zu verwenden gewohnt bin, und in zweiter Linie das Adigan herangezogen.

Für die Beurteilung der therapeutischen Digitaliswirkung stehen uns am Krankenbett folgende Kriterien zur Verfügung. Mit der Kräftigung der Kammersystolen und dem steigenden Schlagvolum wird der Puls langsamer und voller. Arrythmische Störungen bessern sich oder verschwinden. Die Erscheinungen der gestörten Blutverteilung gehen wieder zurück. In den meisten Fällen setzt auch eine erhöhte Diurese ein.

An unerwünschten Nebenwirkungen sind bei der internen Verabreichung in erster Linie gastrische Störungen in Betracht zu ziehen. Diese gastrischen Störungen, die sich in Appetitlosigkeit und gelegentlichem Erbrechen, seltener in Schmerzanfällen äußern, pflegen sehr individuell aufzutreten. Immerhin scheinen aber die einzelnen Digitalispräparate auch in dieser Richtung nicht von gleicher Wirkung zu sen. So wird nach meinen Erfahrungen das Digalen von seiten des Magens entschieden besser vertragen, als die üblichen Rezepte von Fol. digital. in Aufgüssen oder Pulverform. Auch vor dem Adigan und dem Digipurat scheint das Digalen nach meinen Erfahrungen in dieser Richtung den Vorzug zu verdienen.

Bei der subkutanen Anwendung kommt es auf eine möglichst vollkommene lokale Reizlosigkeit des betreffenden Präparates an. In dieser Beziehung läßt aber das Digalen sehr viel zu wünschen übrig. Ich habe häufig nach subkutanen Digaleninjektionen größere und länger dauernde entzündliche Infiltrationen im subkutanen Gewebe gesehen, so daß ich mit der Zeit ganz vom subkutanen Digalengebrauch abgekommen bin.

Bei der Anwendung des Digitotals habe ich die übliche Digitalisdosierung eingehalten. Tägliche Dosen, die einer Menge von 0,2 bis 0,4 g Fol. Digital. entsprechen, wurden mehrere Tage fortgesetzt, bis entweder eine deutliche Digitaliswirkung erzielt wurde, oder bis eine Gesamtdosis, etwa 2 g Fol. digital. entsprechend, erreicht war. Dann wurde pausiert, solange die Wirkung anhielt, oder es wurde bei einem Mißerfolge nach entsprechender Pause ein neuer Versuch, eventuell mit etwas erhöhten Dosen, gemacht.

Wie schon erwähnt, habe ich das Digitotal bisher in mehr als hundert Fällen angewendet. Ein detaillierteres Eingehen auf einzelne Krankengeschichten halte ich für überflüssig, weil Indikationen und Beobachtungen der Digitotalwirkung in analoger Weise immer wiederkehren.

Zusammenfassend kann ich über meine Erfahrungen mit Digitotal folgendes sagen:

1. Nach meinen Beobachtungen ist die Wirkung des Digitotals auf den gestörten Kreislauf als gleichwertig mit der des mir altbewährten Digalens zu bezeichnen. In allen Fällen, bei welchen noch eine gute Digitaliswirkung zu erwarten war, hat diese nach Digitotalgaben in entsprechend rascher und anhaltender Weise eingesetzt. In den Fällen, in denen das Digitotal versagte, war auch mit Digalen nichts mehr zu erreichen. Umgekehrt haben meine Beobachtungen auch keine Ueberlegenheit des Digitotals im Sinne einer rascher eintretenden oder länger dauernden Wirkung ergeben.

2. Gastrische Störungen sind von den Patienten nach Digitotal nur selten und auch dann nur von geringer Stärke angegeben worden; sicher nicht öfter und stärker als beim Digalen, und sicher weniger häufig und weniger stark als bei den üblichen Rezepten mit Fol. Digital. Die Lösung scheint übrigens, wie dies bei den meisten Digitalispräparaten der Fall ist, besser vertragen zu werden als die feste Form der Tabletten.

3. Subkutan habe ich das Digitotal bisher etwa dreißig Mal angewendet. Meist treten nur geringfügige, rasch wieder abklingende Infiltrationen im subkutanen Bindegewebe auf. Nur zweimal sah ich entzündliche Infiltrationen von stärkerer Intensität und größerer Ausdehnung. Die Infiltrationen werden von den Patienten je nach individueller Empfindlichkeit als mehr oder weniger schmerzhaft angegeben. So starke Infiltrationen, wie ich sie nach Digaleninjektionen in Erinnerung habe, scheinen beim Digitotal nicht die Regel zu sein. Die lokale Reizwirkung bei subkutaner Anwendung kann nach menen Beobachtungen beim Digitotal tatsächlich als etwas geringer angenommen werden als die des Digalens.

II. Referate.

Dr. **E. Vogt: Die intrakardiale Injektion zur Bekämpfung der Asphyxia pallida der Neugeborenen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Verfasser empfiehlt die intrakardiale Injektion auch bei der Asphyxia pallida der Neugeborenen. Die Injektion muß möglichst frühzeitig gemacht werden, nach dem Freimachen der Luftwege im Verlauf der künstlichen Atmung. Die Technik ist beim Neugeborenen einfach. Eine gewöhnliche Rekordspritze von 1—2 ccm mit feiner Injektionsnadel genügt. Man injiziert im oberen Winkel des vierten linken Interkostalraumes, dicht am Sternalrand; dann kommt man in den rechten Ventrikel. Die Haut wird vorher mit Aether abgerieben. Hat man mit der Nadelspitze die Wand des rechten Ventrikels erreicht, so merkt man das daran, daß durch den mechanischen Reiz des Stiches das Herz sofort wieder arbeitet und starke, pendelartige Bewegungen der Nadel auslöst. Führt man jetzt die Nadel Millimeter für Millimeter vor, so fühlt man nach Ueberwinden der Ventrikelwand ein Nachlassen des Widerstandes, und gleichzeitig zeigt sich nach Abnahme der Spitze im Pavillon der Nadel dunkles Blut. Ist man sicher, daß die Nadelspitze sich im Hohlraum des rechten Ventrikels befindet, so wird langsam eingespritzt und zwar 0,5 ccm physiologische Kochsalzlösung mit 8—10 Tropfen Suprarenins oder 0,2—0,4 Hypophysin oder 0,3 ccm Digipurat. Von der Verwendung von Strophanthin rät Verfasser ab. Dauererfolge bei Neugeborenen hat Verfasser vorläufig nicht gesehen. Es gelang ihm das Herz höchstens für 1—2 Stunden in Gang zu bringen Meist wurde die Injektion zu spät gemacht.

Dr. **Benvenuto Coglievina** (Triest): **Zur Behandlung der Grippe.** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 34.)

Auf Grund seiner Erfahrungen bei der letzten Grippe-Epidemie empfiehlt Verfasser vor allem die Darreichung des Calcium chloratum. Zur Wahl dieses Mittels wurde er durch die Erfolge veranlaßt, welche er damit bei der durch Kampfgasvergiftung hervorgerufenen Bronchiolitis auch in sehr schweren Fällen erzielt hatte. Das Calciumchlorid wirkt bekanntlich entzündungswidrig. Verfasser gab das Chlorcalcium entweder peros, und zwar zweistündlich 1 Eßlöffel einer Lösung 10 : 150, oder in Form von subkutanen Injektionen: 2mal täglich 5 ccm einer 1proz. wässerigen sterilen Chlorcalciumlösung. Meistens genügten 10—12 Injektionen. Die Injektionen bewährten sich noch mehr als die Darreichung peros. Daneben wurden täglich 5 g Hexamethylentetramin peros verabreicht. Das Urotropin sollte eine Desinfektion der Lunge bewirken. Uebrigens wurde auch von anderer Seite das Urotropin mit Erfolg bei Grippe angewendet. Verfasser selbst hatte gute Erfolge früher bei Fleckfieberkranken, bei denen auch stets mehr oder minder schwere Lungenerscheinungen aufzutreten pflegen. — Mit dieser Therapie hatte Verfasser in sehr schweren Fällen gute Erfolge. Auch bei schon bestehendem pneumonischem Prozeß versagte das Calciumchlorid nur in 1½ Proz. der Fälle.

Dr. **Werner Schultz** (Charlottenburg-Westend): **Zur Differentialdiagnose der Maul- und Klauenseucheninfektion beim Menschen.** (Medicin. Klinik 1919, Nr. 33.)

Bei einem 2½ Jahre alten Knaben beobachtete Verfasser eine akute fieberhafte Erkrankung (Temperatur bis 40,1 Grad) mit folgender Symptomentrias: Schleimhauterkrankung mit aphthen- oder diphtherieähnlichen Veränderungen der Mundhöhle, circumorale Affektion entzündlichen Charakters mit Bläschenbildung, teils diffuser, scarlatinisformer, teils fleckiger Ausschlag der äußeren Haut. Die Krankheit dauerte etwas über drei Wochen und ging in Heilung aus. Soor, Diphtherie und Rotz konnten bakteriologisch ausgeschlossen werden. Gegen Scharlach, Masern oder Lues sprach der Verlauf. Bezüglich der möglichen Erkrankungsursache wurde festgestellt, daß das Kind auf dem Lande ungekochte, von maul- und klauenseuchenkranken Kühen stammende Milch, und zwar zuletzt 14 Tage vor Beginn der Erkrankung getrunken hatte. Danach handelte es sich wohl um eine Maul- und Klauenseucheninfektion beim Menschen. Von den in der Literatur beschriebenen Symptomen dieser Infektion weicht der Fall allerdings, wie Verfasser betont, in mancher Beziehung ab. Außerdem erwähnt Verfasser, daß man manchmal ähnliche Krankheitsfälle (ausgedehnte aphthenähnliche Erscheinungen im Munde mit Exanthem der äußeren Haut) beobachtet, ohne daß sich für die Infektion mit Maul- und Klauenseuche Anhaltspunkte gewinnen lassen. Er hatte Gelegenheit, zwei solcher Fälle zu beobachten.

Dr. **Elisabet Herzfeld** (Leipzig): **Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Pferdeserum.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 34.)

Die Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum wurde 1918 von B i n g e l empfohlen, der auf Grund seiner Erfahrungen dem gewöhnlichen Pferdeserum dieselbe Wirkung gegen Diphtherie zuzuschreiben dürfen glaubte, wie dem Antitoxinhaltigen Serum. In der vorliegenden Arbeit gibt die Verfasserin auf Grund der Literatur zunächst einen Ueberblick über den augenblicklichen Stand der Frage und berichtet dann über die einschlägigen Erfahrungen der Leipziger medizinischen Universitätsklinik. Hier wurden vom 1. Oktober 1918 bis 1919 alle Diphtheriekranken mit gewöhnlichem Pferdeserum behandelt, vom 1. März an nur noch alle leichteren und mittelschweren Fälle. (Di I und Di II.) Unter Di I sind die Fälle verstanden, in denen der Belag auf Tonsillen resp. Nase beschränkt ist, bei Di II sind die Beläge auf den weichen Gaumen oder die hintere Rachenwand fortgeschritten, aber noch oberflächlich, oder Belag auf Tonsillen und Nase. Von 41 mit Pferdeserum behandelten Fällen Di I wurde alle geheilt; von 19 Fällen Di II starb 1 Fall. Von 15 Fällen Di III (ausgedehnte Beläge mit Oedem des weichen Gaumens und Halses, oft nekrotische Beläge und septische Hautblutungen) starben 11. 12 Fälle von leichterer Kehlkopfdiphtherie (teilweise mit Rachendiphtherie I kombiniert) wurden geheilt, 8 schwere Fälle von Kehlkopfdiphtherie mit Komplikationen endigten sämtlich tötlich. — Bei Verwendung von gewöhnlichem Pferdeserum hafteten die Beläge länger, Lähmungen traten verhältnismäßig häufig auch nach ganz leichter Rachendiphtherie auf; die Herztodesfälle, besonders bei Erwachsenen, mehrten sich: man sah häufiger als nach Verwendung von antitoxischem Serum ein Fortschreiten des lokalen Rachenprozesses; eine sekundäre Kehlkopfdiphtherie konnte nicht mit Sicherheit verhütet werden. Auf Grund dieser Erfahrungen warnt die Verfasserin, in der Praxis das gewöhnliche Pferdeserum an Stelle des antitoxischen Serums bei Diphtherie zu verwenden.

Dr. **Emil Glas: Das Lymphgewebe des Waldeyerschen Schlundringes als Ursache von Temperatursteigerung.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 34.)

Im Laufe der letzten 10 Jahre hat man erkannt, daß die Gaumentonsille zur Eintrittspforte für die verschiedensten Infektionen werden kann. Gelenk- und Muskelrheumatismus, Endokardtis, Nephritis, Perityphlitis und andere Erkrankungen, auch sogen.kryptogene septische Erkrankungen können durch manifeste oder latente Tonsilleneiterungen bedingt sein. Die Enukleation der Tonsillen führt zur Heilung derartiger von latent erkrankten Tonsillen ausgehender Erkrankungen und wird in neuerer Zeit in steigendem Maße ausgeführt. Verfasser selbst hat den Eingriff in mehreren Tausend Fällen gemacht. Als Beweis für den Erfolg führt er einige Fälle an. Nun weist er darauf hin, daß die Ausschälung der erkrankten Gaumenmandeln nicht immer genügt, es ist auch erforderlich, das übrige lymphoide Gewebe des Rachenringes genau zu untersuchen, weil auch dies der Sitz latenter Entzündungsherde sein kann, durch welche chronische subfebrile Temperaturen hervorgerufen werden. In einem Fall war ein chronisch entzündlicher Prozeß der lymphoiden Anhäufung an der Zungenbasis die Ursache der Allgemeininfektion. Die genaue Inspektion der Seitenstränge wird nach Verfasser am besten während der Würgbewegung vorgenommen, wo die seitlichen Pharynxpartien sich kulissenartig vorschieben, oder wird nach Kokainisierung des Rachens durch laterales Abziehen des Arcus palatopharyngeus bewirkt. Die erkrankten Teile des Gewebes sind nach Möglichkeit abzutragen. Dies führt zur Heilung auch der Allgemeinerkrankung. Verfasser verfügt bisher über 8 derartige mit Erfolg behandelten Fälle von latenter Entzündung des Lymphgewebes des Waldeyer'schen Schlundrings.

Dr. **H. Grau** (Heilstätte Rheinland-Honnef): **Sekundärerscheinungen der Tuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Verfasser führt aus, daß es unser Bestreben sein sollte, möglichst viele Tuberkuloseerkrankungen schon im frühen Sekundärstudium zu erkennen, in dem Stadium, welches durch versteckte Drüsenerkrankungen und hämatogene Aussaat gekennzeichnet ist. Folgende Erkrankungen können beim Er-

wachsenen eine erfolgte Aussaat anzeigen: 1. Multiple kleine Drüsenschwellungen, 2. Polyarthritis rheumatica acuta und chronica, 3. Erythema nodosum, 4. Pleuritis exsudativa initialis, 5. Röntgenoskopisch nachweisbare, feinherdig-disseminierte Lungentuberkulose. Einige Beispiele erläutern das Gesagte.

Dr. **Meye** (Kiel): **Zur Chemotherapie der Tuberkulose der oberen Luftwege mit „Krysolgan".** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 35).

Aus der Kieler otolaryngologischen Universitätsklinik berichtet Verfasser über die Ergebnisse, welche bei der Behandlung der Tuberkulose des Kehlkopfs, der Nase und der Rachenorgane mit dem Goldpräparat Krysolgan erreicht wurden. Dieses von Feldt in die Therapie eingeführte Präparat ist das Natriumsalz einer komplexen p-Amino-o-Aurophenol-Karbonsäure; es stellt ein dunkelgelbes, leicht in Wasser lösliches Pulver dar und kommt wegen seiner Luft- und Lichtempfindlichkeit in zugeschmolzenen, in schwarzes Papier verpackten Ampullen in den Handel. Das Krysolgan ist unmittelbar vor der Einspritzung in körperwarmem, sterilem, doppeltdestilliertem Wasser zu lösen und wird in die gestaute Armvene eingespritzt, und zwar benutzt man eine 10proz. Lösung. Bei Kindern, mäßig kräftigen Personen und bei solchen, bei denen ein ausgedehnterer Prozeß der Lungen vorlag, wurde mit einer Dosis von 0,05, bei kräftigen Personen und solchen, bei denen nur geringe Lungerveränderungen nachweisbar waren, mit einer Dosis von 0,1 begonnen. Behandelt wurden bisher 59 Fälle von Kehlkopftuberkulose, 23 Fälle von Tuberkulose der Nasenschleimhaut, 16 Fälle von Tuberkulose der Mund resp. Rachenschleimhaut. Bei der Anfangsdosierung von 0,05 bzw. 0,1 zeigten alle Fälle mit nicht nachweisbarer oder geringer Beteiligung der Lungen Temperaturerhöhungen um nur wenige Zehntelgrade; bei den Fällen mit stärkerer Beteiligung der Lungen war die Temperaturerhöhung stärker. Beim Fehlen einer Temperatursteigerung wurde die Dosis bei den nächsten Einspritzungen erhöht, in der Mehrzahl der Fälle nicht über 0,2. Die einzelnen Einspritzungen wurden in achttägigen Pausen verabfolgt. Was nun die Wirkung anlangt, so wurde bei Mund- und Rachentuberkulose in 66 Proz., bei Nasentuberkulose in 53 Proz. der Fälle klinische Heilung erzielt, bei Kehlkopftuberkulose nur in 14,7 Proz. der Fälle. Am besten geeignet zur Behandlung mit Krysolgan erwiesen sich solche Fälle, bei denen nur geringe Lungenerscheinungen resp. zirrhotische oder knotig-zirrhotische Prozesse der Lungen bestehen. Gesteigert wurde die Wirkung bei gleichzeitiger Anwendung strahlender Energie und von Tuberkulin. Die Nebenerscheinungen sind nur gering und lassen sich bei richtiger Dosierung nahezu vollständig vermeiden. Nierenschädigungen werden nicht hervorgerufen.

Dr. **Erich Friedländer** (Irrenanstalt Lindenhaus bei Lemgo): Die Infektiosität der Lues latens und ihre praktische Bedeutung für die Irrenpflege. (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Bei einem 18jährigen Kranken, welcher wegen Hebephrenie in die Anstalt aufgenommen worden war, ergab die klinische Untersuchung kein Zeichen für eine bestehende oder überstandene syphilitische Erkrankung; das Blut reagierte nach Wassermann negativ, dagegen der Liquor ausgesprochen positiv. Nach einer energischen spezifischen Behandlung mit Neosalvarsan, kombiniert mit Embarin und Alival wurde auch die Reaktion des Liquor negativ. Noch vor Einleitung der Kur hatte der Kranke einen 20jährigen Pfleger in die rechte Hand gebissen. Am Zeigefinger des Pflegers fand sich darnach eine eiternde 1 cm lange Wunde, welche nicht die geringste Heilungstendenz zeigte. Nach 9 Tagen machte die Wunde den Eindruck eines Primäraffekts. 23 Tage nach der Verletzung zeigte das Blut des Pflegers eine stark positive Wassermann'sche Reaktion. Die Anamnese und der sonstige Befund ergaben bei dem Pfleger keinen Anhalt für eine frühere syphilitische Infektion. Verfasser nimmt bei dem ersten Kranken auf Grund des positiven Liquorbefundes eine Lues latens an und hält es für sicher, daß der Pfleger durch den Biß von seiten des Kranken syphilitisch infiziert wurde. Dann würde der Fall auch die Infektiosität der latenten Lues beweisen. —

Privatdozent Dr. **Julius Löwy** (Prag): **Ueber das Auftreten der Serumkrankheit nach Magnesiumsulfatinjektionen.** (Berl. Klin. Wochenschrift 1919, Nr. 35.)

Bei einem 17jährigen Kranken, der wegen eines leichten Tetanus traumaticus kombiniert mit subkutanen Injektionen von Tetanusantitoxin und 25proz. Magnesiumsulfatlösung behandelt wurde, zeigten sich nach der dritten Antitoxininjektion die Symptome der Serumkrankheit (Exanthem, Gelenkschmerzen, Fieber bis 40,8 Grad). Das Exanthem war schon am folgenden Tag abgeblaßt. Die nächste Magnesiumsulfatinjektion (10 ccm der Lösung) bewirkte wieder Gelenkschmerzen und ein Exanthem von der gleichen Lokalisation und demselben Umfang wie das vorhergegangene Serumexanthem, jedoch ohne Temperatursteigerung. Die dritte Magnesiumsulfatinjektion rief ein noch viel ausgedehnteres und hartnäckigeres Exanthem hervor, jedoch ohne Temperaturerhöhung und Gelenkschmerzen.

Dr. **L. Göttel** (Greifswald): **Ein Fall von primärem Herztumor.** Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 34.)

Herzgeschwülste sind sehr selten, meist machen sie im Leben keine klinischen Erscheinungen und werden bei der Sektion erst gefunden. Verfasser berichtet nun über einen Fall von primärem Herztumor, der intra vitam schwere Erscheinungen machte und den exitus herbeiführte. Es handelte sich um eine 62jährige Frau, bei welcher alle sichtbaren Venen der oberen Körperhälfte stark erweitert waren, vor allem die Iugularvenen. Etwa 8 Monate nach Auftreten der ersten Erscheinungen starb die Kranke. Die klinische Diagnose lautete: Thrombose der Vena cava superior. Bei der Sektion fand sich im rechten Herz-Vorhof ein diesen ganz ausfüllender solider Tumor (7:7,5 cm groß), der von dem Septum ausging. Die untere Hohlvenenöffnung war vollständig leer, die Oeffnung der oberen Hohlvene war fast völlig verlegt durch einen bereits organisierten Thrombus, es war nur ein ganz schmaler, [illegible] mm breiter Spalt vorhanden, durch den nur ganz geringe Blutmengen hindurchfließen konnten. Der Tumor war hellgrau und enthielt einzelne weißgelbliche Herde, er war von markig-weicher Consistenz. Mikroskopisch erwies er sich als ein Rundzellensarkom.

Dr. **Kurt Dresel** (Berlin): **Die Blutdruckveränderung nach Adrenalininjektionen als Gradmesser für den Tonus im autonomen und sympathischen Nervensystem.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 35.)

Die Beobachtungen des Verfassers haben ergeben, daß durch subkutane Injektion von 1 ccm Suprareninlösung (1:1000) und anschließende Blutdruckmessung nach 5, 10, 15, 20 usw. Minuten sich ein klares Bild über den Tonus im vegetativen Nervensystem gewinnen läßt. Der Beginn der Kurve der Blutdruckveränderungen nach Adrenalininjektionen beim Normalen ist annähernd parabolisch, der beim Vagatoniker S-förmig oder in den schweren Fällen sogar zunächst negativ, der des Sympathikotonikers schnell und steil ansteigend und ebenso abfallend.

Dr. **Franz Högler** (Wien): **Ein Fall von Sepsis bei paradentären Abscessen.** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 35.)

Verfasser berichtet über einen Fall von septischem Fieber bei einem 54jährigen Manne. Nahezu 5 Monate hindurch bestanden fast täglich Temperatursteigerungen bis über 40 Grad und Schüttelfröste. Aus dem Blut wurde wiederholt Staphylokokkus albus gezüchtet. In den ersten Monaten fand sich außerdem ein in Schüben auftretendes Erythema nodosum. Ein Ausgangspunkt für die Sepsis konnte anfangs nicht gefunden werden, die Tonsillen und die Nasennebenhöhlen waren normal. Schließlich fand sich die Ursache der Erkrankung in den Zähnen. Der Kranke hatte 5 Monate vor Beginn der Erkrankung und außerdem vor 5 Jahren an einem Zahnabsceß gelitten. Auch fanden sich bei ihm einige alte Zahnwurzeln und Alveolarpyorrhoe. Nach der Extraktion des ersten oberen rechten Molarzahnes entleerte sich ein Tropfen Eiter. Diese Extraktion hatte keinen wesentlichen Einfluß auf den Krankheitsverlauf. 6 Wochen später wurde der erste linke obere Molarzahn gezogen, wobei sich ebenfalls etwas Eiter entleerte. Hiernach verschwand das Erythema nodosum, die Temperatursteigerungen und Schüttelfröste dauerten noch an. Etwa 4 Wochen später wurde noch eine Zahnwurzel entfernt, wobei sich wieder etwas Eiter entleerte. Am fünften Tage hiernach trat dauernde Entfieberung ein, der Kranke erholte sich in einigen Wochen und war bald arbeitsfähig. Nach dem ganzen Verlauf war in diesem Falle das septische Fieber durch die chronische Zahneiterung hervorgerufen.

Prof. **Kurt Warnekros** (Berlin): **Karzinombehandlung mit höchstgespannten Strömen (200 000 Volt).** Münch. medicin. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Verfasser berichtet über Karzinombestrahlungen mit sehr harten Röntgenstrahlen, welche mittels eines von den Veifa-Werken (Dessauer) konstruierten Transformators erzeugt werden, welcher eine Spannung bis zu 250 000 Volt liefert. Als Röhre dient dabei eine Fürstenau- Coolidge-Röhre. Die Schwächung der auf diese Weise erzeugten extrem harten Strahlung beträgt nur noch 10—11 Proz. pro Zentimeter Gewebstiefe. Verfasser hatte Gelegenheit, einen Fall von jauchendem inoperablen Corpuskarzinom bei einer 53jährigen Frau, die in sehr elendem Allgemeinzustand sich befand, mit der neuen Apparatur zu bestrahlen, und zwar von 4 abdominalen Einfallspforten aus, welche auf Grund sorgfältiger Berechnungen gewählt waren. Als Filter wurden 0,5 mm Kupfer und 1 mm

Aluminium benutzt. Die Maximalspannung betrug bei 1,8 Milliamp. Belastung 220 000 Volt. Die Dauer der Bestrahlung pro Hautfeld betrug 80 Minuten. Bei dem schlechten Allgemeinzustand der Kranken konnte täglich nur ein Feld bestrahlt werden. Mehr als 4 Bestrahlungen konnte die Kranke nicht aushalten. Um den Kräftezustand der hochgradig anämischen Patientin zu heben, wurden ihr von ihrer Tochter 700 ccm Blut transfundiert. 10 Tage nach Ende der Bestrahlungsserie war der jauchende Ausfluß verschwunden; in den durch Abrasio gewonnenen Schleimhautbestandteilen konnte Karzinom nicht mehr nachgewiesen werden. Die Besserung machte weitere Fortschritte und die klinische Heilung wurde durch einige spätere Untersuchungen der Schleimhautteilchen nach Abrasio bestätigt.

Prof. **C. Bachem** (Bonn): **Ueber Kohletherapie und ein neues kolloidales Kohlepräparat.** (Medicin. Klinik 1919, Nr. 34.)

Die therapeutische Wirkung der verschiedenen Kohlepräparate beruht bekanntlich auf Adsorption gegenüber Giften, sei es, daß es sich um gelöste, sei es um gasförmige Stoffe sich handelt. Im Handel sind gegenwärtig folgende Präparate: 1. Carbo ligni (Tiliae) pulveratus, gepulverte Holzkohle, 2. Carbo animalis, Tierkohle, meist durch Verkohlen von Blut oder Knochen gewonnen. Neben der Carbo sanguinis Merck ist die Tierblutkohle der Chem. Fabrik Freiweinheim a. Rh. von besonderer Güte. Außerdem wird neuerdings kollodiale Kohle hergestellt, und zwar 1. Carcolid (Boehsinger-Waldhof), 2. die kolloidale Kohle Hofmann, eine von Prof. Hofmann (Charlottenburg) nach einem besonderen Verfahren hergestellte Azetylenrußkohle. In einer 15-prozentigen Lösung von Carcolid ist ein Teil kollodial gelöst, ein Teil suspendiert. Eine 0,2prozentige Lösung der kolloidalen Kohle Hofmann sedimentiert so gut wie gar nicht. Verfasser prüfte einzelne Kohlensorten unter besonderer Berücksichtigung des Carcolids und der Kohle Hofmann hinsichtlich ihres Adsorptionsvermögens auf Methylenblaulösungen, auf Jodlösungen, auf Schwefelwasserstoffgas und Kohlensäure, ferner hinsichtlich ihrer entgiftenden Kraft auf Diphtherietoxin im Tierversuch. Es zeigte sich dabei, daß das Adsorptionsvermögen gegenüber Methylenblau und Jod, bei der Tierblutkohle erheblich größer ist als bei den kolloidalen Kohlesorten; dagegen wirkte die kolloidale Kohle Hofmann (wohl infolge ihrer sehr feinen Verteilung) auf Diphtherietoxin im Tierversuch stärker entgiftend als die anderen untersuchten Kohlesorten. Ferner wurde Schwefelwasserstoff in hervorragendem Maße von Kohle Hofmann adsorbiert und desodoriert. Bei Autointoxikationen sowie bei exogenen Vergiftungen erscheinen daher Versuche mit der Kohle Hofmann angezeigt. Die bisher herrschende Anschauung, daß die therapeutische Wirkung von Kohlesorten parallel geht mit ihrer Adsorptionskraft gegenüber Methylenblau, wurde also durch diese Versuche nicht bestätigt.

Dr. **Rudolf Neumann** (Berlin): **Ueber Blausäurevergiftung.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 35.)

Verfasser berichtet über drei Fälle von Blausäurevergiftung, die er im Krankenhause Moabit beobachtete. Es handelte sich um einen 51jährigen Mann, Kammerjäger von Beruf, dessen 35jährige Frau und beider 5jährigen Tochter. Der Mann hatte ein Zimmer mittels gasförmiger Blausäure entlaust und war nach einigen Stunden in Begleitung seiner Frau und Tochter wiedergekommen, um die Fenster des Zimmers zu öffnen. Durch den Wind wurden die Dämpfe nach innen getrieben, so daß der Mann selbst, sowie seine Angehörigen, die vor dem Zimmer sich aufhielten, etwas Blausäuredampf einatmeten. Die drei Personen wurden alsbald bewußtlos und in das Krankenhaus gebracht. Das Kind war am leichtesten erkrankt, schon gleich nach der Aufnahme kam es zum Bewußtsein, unter Koffein und Sauerstoff fühlte es bald sich wieder wohl. Die beiden Erwachsenen zeigten folgende Symptome: starker Geruch der Atemluft nach Bittermandelöl, Bewußtlosigkeit, Zyanose, Atem- und Pulsbeschleunigung, Steigerung der Sehnenreflexe. Die Behandlung bestand in Aderlaß, Sauerstoffinhalationen, Injektion von Koffein und Kampfer, 1 ccm 1 promill. Atropinlösung subkutan. Beide Gatten erholten sich danach schnell und konnten schon am nächsten Tag mit ihrem Kind das Krankenhaus verlassen. Anschließend bespricht Verfasser die Symptomatologie und Therapie der akuten Blausäurevergiftung.

III. Bücherschau.

Briefe an eine Mutter. Ratschläge für die Ernährung von Mutter und Kind, sowie die Pflege und Erziehung des Kindes. Von Prof. Dr. E. Müller. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart. 1919. Preis 12,— Mark.

Der gerade nicht geringen Zahl von Ratschlägen für Ernährung, Pflege und Erziehung des Kindes fügt Müller einen neuen Leitfaden in Form von Briefen hinzu. Die Briefe sind flüssig, leicht verständlich geschrieben und angenehm zu lesen. Mit dem Inhalt kann man durchaus einverstanden sein. Bleibt also nur, dem Buch einen guten Erfolg zu wünschen. R

Die sexuelle Insuffizienz und ihre Behandlung. Ein Beitrag zur Organotherapie. Von Dr. Franz Matthias, Facharzt für Haut- und Harnleiden in Berlin-Charlottenburg. München 1919. Verlag Otto Gmelin. 30 S. 2,50 Mark.

Die Lehre von der inneren Sekretion hat auch unser Verständnis für die verschiedenartigen funktionellen Störungen im Bereich der Geschlechtsorgane erheblich gefördert; die organtherapeutische Behandlung dieser Störungen hat dadurch erst ihre wissenschaftliche Begründung erhalten. Verfasser gibt, ohne Neues zu bieten, eine kurze Uebersicht über die einschlägigen Forschungsergebnisse und berichtet anschließend über günstige Erfahrungen, welche er in eigener Praxis mit Organpräparaten (Testiculin, Oophorin) bei der Behandlung leichterer Störungen der Potenz, klimakterischen Beschwerden usw. gemacht hat.

Krebs als Folge von Atmungs-, Blutdruck- und Säfteverschlechterung nach Kieferdeformierung. Klinische Beobachtungen von Dr. Franz Reichert, Zahn- und Kiefernarzt. München. München 1919. Verlag Otto Gmelin. 32 S. 2,— Mark.

Wie aus dem Titel ersichtlich, handelt es sich hier wieder um eine Krebstheorie. Angeborene oder erworbene Deformierung des Oberkiefers führt zur Verengerung der Nase und dadurch zur Atmungsverschlechterung, die Folge davon ist eine Verschlechterung der Säfte, wodurch der Entstehung des Krebses Vorschub geleistet wird. Dies die Theorie des Verfassers. Ausreichende Beweise bringt er nicht bei. Klinische Beobachtungen findet man trotz des Titels in der Schrift nicht, nur ganz vage statistische Betrachtungen. So einfach, wie Verfasser sich vorstellt, ist das Krebsrätsel doch nicht zu lösen. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Mit dem im Januar beginnenden Wintersemester wird die hiesige medizinische Fakultät zwei neue Kliniken erhalten, welche im städtischen Krankenhause Moabit untergebracht sind, eine vierte medizinische Klinik unter Leitung von Prof. Georg Klemperer und eine dritte chirurgische unter Leitung von Prof. Moritz Borchardt. Die Zahl der Hörer soll an beiden auf 50, bzw. 30, beschränkt werden.

Leipzig. Dr. Carly Seyfarth, erster Assistent am pathologischen Institut der hiesigen Universität, hat sich als Privatdozent für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie habilitiert.

Jena. Der a. o. Professor Dr. Julius Grober erhielt einen Ruf als ordentlicher Professor und Direktor der medizinischen Klinik an die Universität Dorpat, welche als esthnische Landeshochschule vor kurzem wieder eröffnet wurde. — Prof. Ibrahim, der Leiter der hiesigen Universitätskinderklinik, war von der Hamburger Universität für das Direktorat der neugegründeten Hamburger Kinderklinik in Aussicht genommen, hat jedoch die ihm angebotene Stelle abgelehnt.

München. Der Ordinarius für Physik, Geheimrat Prof. Röntgen, tritt mit dem Schluß des Wintersemesters vom Lehramt zurück. Als sein Nachfolger wird Prof. W. Wien in Würzburg genannt.

Würzburg. Der Abteilungsleiter am Garnisonlazarett Würzburg, Dr. A. Knauer, vor dem Kriege in New York, erhielt einen Ruf als Abteilungsvorsteher mit dem Range eines außerordentlichen Professors an das Institut für Hirnforschung in Berlin.

Heidelberg. Als Nachfolger für den verstorbenen Prof. J. Hoffmann ist ein Ruf an Prof. O. Foerster in Breslau ergangen.

Verschiedenes.

Berlin. Die 78 000 Bände umfassende **Büchersammlung** der bisherigen militärärztlichen Kaiser-Wilhelms-Akademie (jetzt Akademie für ärztlich-soziales Versorgungswesen), Berlin NW., Scharnhorststr. 35, steht vom 1. Januar d. J. allen deutschen Aerzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern zur Benutzung frei. —

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 17. Januar 1920 | No. 3

10.5
144
15

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen.
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING), Berlin N.

Arthigon Hochgradig polyvalentes Gonokokken-Vakzin zur spezifischen Behandlung gonorrhoischer Komplikationen. Besonders wirksam bei intravenöser Injektion, die auch diagnostischen Wert besitzt. Flaschen à 6 ccm.

Arthigon extrastark zur Erhöhung der Wirkung der Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Flaschen zu 3 ccm.

Hegonon Neues Silbereiweißpräparat von prominenter Wirkung. Hervorragend bewährt bei Gonorrhoe.

Hegonontabletten à 0,25 (Originalröhrchen zu 20 Stück).

Neo-Hormonal Verbessertes Präparat. Spezifisch wirkendes Mittel bei chronischen Obstipationen und postoperativen akuten Darmlähmungen.

Hypophysen-Extrakt „Schering" in Ampullen à 1/2 und 1 ccm = 0,1 bzw. 0,2 g frischer Drüsensubstanz aus dem infundibularen Anteil der Glandula Pituitaria. Besonders bewährt als vorzügliches Wehenmittel.

ZITTMANNIN (tabl. 0,3) Das alte bekannte Decoct. Sarsaparillae compositum (Zittmanni) in moderner, genau dosierter Form.

Eine Nachkur während der Karenzzeit nach vorausgegangener Quecksilber- oder Salvarsan-Behandlung, Beeinflussung der nach Quecksilber auftretenden Störungen (Eczeme, Stomatitis). Dauer der Kur 4 bis 6 Wochen, 3×2 bis 3×4 Tabl. täglich.

Zittmannin kommt in Schachteln zu 40 und 80 Tabletten in den Handel und ist durch alle Apotheken erhältlich. Literatur u. Proben zu Diensten.

Fabrik: **SARSA, chem. pharm. G. m. b. H., Berlin 6,** Karlstr. 31.

„Herpelibrin-flüssig"
(ges. geschützt)

das Spezifikum gegen Barttrychophytie u. alle Herpes-Arten, auch Herpes tonsur.

— von weitgehendster Tiefenwirkung —

Literatur und Proben kostenlos

Rp. Original-Flasche à 30 ccm Mk. 4.—

Alleiniger Hersteller:

Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate Robert Poenitz, Delmenhorst i. Old.

EUTECTAN
(D. R. P. — D. R. W. Z.)

Langjährig erprobtes Präparat zur Behandlung der Lungentuberkulose sowie bei Skrofulose, Bronchitis, Bronchiectasie. (Verminderung der Nachtschweiße, Hebung des Appetits, schnelle Gewichtszunahme und Besserung des Allgemeinbefindens.)

Äußerlich: Bei Verbrennungen, Ulcerationen, Lupus.

Prospekte, Proben und Literatur zu Diensten.

EUTECTAN-LABORATORIUM, Lübbenau N.-L.

Drosithym Bürger



Das stets gut vertragene Linderungsmittel bei **Keuchhusten.**

Das prompt wirkende, billige Mittel bei **Krampfhusten.**

Ysat aus den beiden Pertussisdrogen der Allopathie (Thymus Serp.) u. Homöopathie (Dros. rotund.) nach dem altbewährt. Ysatverfahren zusammengekoppelt.

Literatur:
F. Cuno (aus Dr. Christs Kinderhospital Frankfurt a. M.): M. Kl. 1915, No. 38.
Derselbe: M. Kl. 1917, No. 4.
Adolf Krummacher: Ther. Mh. 1917, H. 9.
Walter Kaupe (Säuglingsheime des Lungstrasstiftes und des Vereins Säuglings- u. Genesungsheim, Bonn: M. Kl. 1917, No. 46.

Fläschchen zu 5 und 10 ccm.

Proben und Literatur kostenfrei.

Natürliches Karlsbader Sprudelsalz

ist das allein echte Karlsbader Salz.

Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

„PRAEVALIDIN"

Campher-Wollfettsalbe mit Wasserstoffsuperoxyd zur percutanen Einverleibung von Campher und Balsam peruvian.

Bestandteile: Campher, Balsam peruvian., Ol. Eucalypt.
Jede Dosis enthält 0,4 g Campher.

Wegen der herzroborierenden, expectorierenden und Appetit anregenden Wirkung indiziert bei Lungentuberkulose, Emphysem, Asthma nervosum, Bronch. chronic., Influenza, Anämie, Skrofulose u. Herzschwächezuständen. Jede Tube enthält 5 Dosen. Genaue Gebrauchsanweis. liegt jeder Tube bei. Preis der Tube für Erwachsene M. 3,—, für Kinder (halbe Dosis) M. 2,—.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei u. Kämmerei in Döhren b. Hannover, Abt. Chem. Fabrik.

Für H. Aerzte!

Wegen **Krankheit** ist 10 km v. d. Bahn, Linie **München-Ingolstadt,** sehr gute

Aerztepraxis
m. kl. Oekonomie

verbunden mit **Handapotheke, hübsche Villa,** 9 Zimmer, Nebenräume, el. Licht, eigene **Oekonomiegeb.,** gr. Garten ca. **20 Tgw.** Grund, 2 Pferde, 4 Stück Großvieh etc. um 200 000.— M

zu verkaufen.

Anzahlg. 60 000.— M. Anfr. unter **G. K.** an diese Zeitung.

Aachener
Kaiserbrunnen kohlensäurehaltiges bestes Tafelwasser
Kaiserquelle natürliches Thermalwasser zu Haustrinkkuren,

abgefüllt unter Kontrolle der Stadtverwaltung
wirkt vorbeugend und heilend bei
Rheuma, Gicht, Katarrhen
der Verdauungs- und Atmungs-Organe etc. Brunnenschriften durch
Aachener Thermalwasser „Kaiserbrunnen" A. G. Aachen-Nord 44

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W 30

Soeben erschien:

Nachtrag
zur Preuß. Gebühren-Ordnung für Aerzte
v. 7. 8. 18.
M. 3.50.

KORKE

Prima-Qualität liefert preiswert
Einbecker Korkenfabrik
Aug. Göpner, Einbeck

Uricedin-Stroschein

Von Autoritäten auf medizinischen Kongressen wiederholt empfohlen bei der Bekämpfung der **harnsauren Diathese und ihrer Folgeerscheinungen.** — Frei von Nebenwirkungen. — In Körner- und Tablettenform.

Muster und Literatur an die Herren Aerzte kostenlos.

J. E. Stroschein Chemische Fabrik, G. m. b. H., Berlin SO 36c

89. Jahrgang **Berlin, 17. Januar 1920** **No. 3**

Erscheint jeden Sonnabend. Bezugspreis vierteljährlich M 3,— Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION: Dr. TH. LOHNSTEIN Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG: OSCAR COBLENTZ Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 8302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 70 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **G. Joerdens** (Dresden): **Beitrag zur Therapie des Schwarzwasserfiebers.** (Therapie der Gegenwart, 1919, August.)

Von Matsko wurde auf Grund theoretischer Ueberlegungen und klinischer Beobachtungen die Behandlung des Schwarzwasserfiebers mit intravenösen Infusionen von Kochsalz-Dinatriumphosphatlösungen empfohlen. Einige andere Autoren sahen ebenfalls Erfolg von dieser Therapie. Verfasser hatte Gelegenheit, diese Behandlung in einem Falle anzuwenden. Es handelte sich um einen 36jährigen Mann, der in Mazedonien längere Zeit wegen Malaria in Lazarettbehandlung gestanden hatte und später öfters Fieberanfälle hatte. Als er wegen eines Fieberanfalles im April 1919 5 Tabletten Chinin genommen hatte, bekam er schwere Hämoglobinurie mit Temperatur bis 40,1°. Nach einer intravenösen Infusion von 100 ccm einer 3proz. Lösung von Dinatriumphosphat und Kochsalz zu gleichen Teilen ging die Hämoglobinurie zurück, kehrte jedoch am nächsten Tage wieder, weswegen nochmals 150 ccm der obigen Lösung infundiert wurden. Hiernach wurde der Urin wieder klar. Der Kranke erhielt trotzdem noch einmal 200 ccm der Lösung infundiert. Nach etwa 3 Wochen trat ein neuer Malariaanfall auf. weswegen eine vorsichtige Chininbehandlung eingeleitet wurde. Darnach erholte sich der Kranke in einigen Wochen.

Dr. **Robert Löwy** (Wien): **Zur Klinik des Pneumotyphus.** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 32.)

Bei der Infektion durch den Typhusbazillus sind verhältnismäßig häufig die Lungen beteiligt, meist ist jedoch die Beteiligung der Lungen als sekundär aufzufassen, auch wenn die klinischen Symptome einer kruppösen Pneumonie vorliegen und der Nachweis des Eberth'schen Bazillus im Sputum gelingt. Selten kommt auch ein primärer Pneumotyphus vor. Verfasser hatte Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten. Es handelte sich um einen 64jährigen Mann welcher zuerst mit Schmerzen in der rechten Oberbauchgegend erkrankte, welche anfallsweise auftraten und etwa 2 Monate dauerten. Etwa 6 Wochen später traten intensive Schmerzen in der rechten Bauchseite auf, besonders beim tiefen Atemholen, weswegen der Kranke in das Krankenhaus kam. Hier wurde zunächst Fieber (38,8° C.) bei einer Pulsfrequenz von 70 festgestellt, Dämpfung über der rechten hinteren Lunge unterhalb des Angulus scapulae, daselbst Bronchialatmen und etwas feuchtes Rasseln. Nach einigen Tagen wurde dann ein seröses pleuritisches Exsudat rechts durch Punktion festgestellt; in dem Exsudat ergab die bakteriologische Untersuchung Typhusbazillen in Reinkultur. Zunächst trat Besserung ein, wenn auch die Wiederholung der Pleurapunktion wieder ein seröses Exsudat mit Typhusbazillen ergab. Dann trat eine hämorrhagische Nephritis hinzu, wobei auch aus dem Harn Typhusbazillen gezüchtet wurden. Unter zunehmender Verschlechterung starb der Kranke nach einigen Wochen. Bei der Sektion fand sich eine hämorrhagische Nephritis, sowie pleuritische Veränderungen, weder am Darm noch an den mesenterialen Lymphdrüsen fanden sich für einen abgelaufenen Typhus sprechende Veränderungen. Galle und Milz erwiesen sich als steril. Somit lag hier wohl ein reiner Pneumopleuratyphus vor. Eine Hausgenossin des Kranken war 3 Wochen vorher an einem Abdominaltyphus erkrankt.

Prof. Dr. **Th. Schott** (Nauheim): **Ueber die Behandlung der Herzneurosen.** (Therapeutische Monatshefte 1919, Juli.)

Bei der Behandlung der Herzneurosen kommt zunächst die allgemeine Regelung der Lebensführung in Frage, ferner ist für geeignete Diät, Vermeidung geschlechtlicher Excesse, von starkem Kaffee und Tee zu sorgen; auch starker Tabakgenuß ist zu vermeiden. Auch das Genießen heißer Speisen und Getränke ist zu unterlassen. Unter den Medikamenten kommen zur Verwendung Baldrianpräparate und Brom sowie andere Sedativa, gegen Schlaflosigkeit die milden Narcotica. Von spezifischen Herzmitteln ist besonders die Strophanthustinktur wegen ihres wohltätigen Einflusses auf die motorischen und sensiblen Herznerven in Anwendung zu ziehen. Zur Beruhigung der Herztätigkeit tragen ferner bei Massage, Elektrizität in ihren verschiedenen Anwendungsformen, eine milde Hydrotherapie sowie Sauerstoffbäder. In Fällen, wo die Wirkung dieser verschiedenen Heilfaktoren sich als unzureichend erweist, erzielt man oft mit den CO_2-haltigen Thermalsolbädern, wie sie in Nauheim geboten werden, Heilung. Verfasser hatte besonders während des Krieges Gelegenheit, die günstige Wirkung dieser CO_2-Bäder bei den Herzneurosen jüngerer Kriegsteilnehmer zu erproben. In einem Teil der Fälle wurde Heilung, in anderen Besserung erzielt. Die balneologische Behandlung kann durch eine geeignete Gymnastik unter ärztlicher Leitung unterstützt werden. Verfasser zeigt die Wirkung der CO_2-Bäder auf Herzneurosen speziell an zwei ausführlicher mitgeteilten Fällen.

Dr. **Julius Hatiegan** (Kolozsvår): **Beiträge zur Symptomalogie der Oedemkrankheit.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919. Nr. 31.)

Bei 8 Fällen von Oedemkrankheit fand Verfasser neben normaler Leukozytenzahl oder Leukopenie auffallende Lymphorzitose (40—60 Proz.), außerdem bei Untersuchung des Magensaftes in allen Fällen neben vollständigem Fehlen der freien Salzsäure für die Gesamtacidität Werte unter 10, so daß das Vorhandensein einer Achylie anzunehmen war. Beide Symptome, die auch schon von anderer Seite beobachtet wurden sind nach Verfasser als zum Krankheitsbild der Oedemkrankheit gehörig zu betrachten.

Prof. Dr. **Wilhelm Weitz** (Tübingen): **Ueber die Behandlung der Enuresis.** (Medizinische Klinik 1919, Nr. 31.)

Nach der Ansicht des Verfassers kommt es zur Enuresis, weil eine Blasenkontraktion auftritt und weil auf diese Kontraktion die nicht dem Bewußtsein übermittelt wird, eine Vermehrung des Sphinktertonus nicht folgt. Eine Behandlung der Enuresis wird also darauf hinzielen, nächtliche Blasenkontraktionen zu verhindern und eine entstehende Blasenkontraktion dem Bewußtsein zu übermitteln. Die meisten zur Behandlung der Enuresis angegebenen Mittel wirken in einer dieser Richtungen. Verfasser empfiehlt eine Behandlung mit Argent. nitric.-Spülungen der Blase, von der Erfahrung ausgehend, daß nach solchen Spülungen die Urinentleerung oft unangenehm, ja schmerzhaft ist. Die Behandlung geschah in folgender Weise: Es wurde ein dünner, elastischer Katheder in die Blase eingeführt, der Urin abgelassen, die Blase zweimal mit 100—200 ccm Argent. nitric-Lösung gespült und neue Argent. nitric-Lösung in einer nach der Größe der Blase variierenden Menge von durchschnittlich 150 ccm einlaufen gelassen. Die Stärke der Lösung betrug gewöhnlich im Anfang 1:4000, später 1:3000, 1:2000. 1:1500, 1:1000, unter Umständen 1:750. Die stärkeren Lösungen wurden nur angewandt, wenn die schwächeren sich als nicht wirksam erwiesen. Die Spülungen wurden aus äußeren Gründen bei den meisten Patienten 1 bis 2 mal wöchentlich gemacht; bei stationärer Behandlung würde Verf. eine dreimalige Spülung in der Woche empfehlen. Nach dieser Methode wurden in der medizinischen Poliklinik 42 Patienten männlichen und weiblichen Geschlechts behandelt· sie standen im Alter von 3—21 Jahren; nur ein Kranker. der erfolglos behandelt wurde und bei welchem sich ein Hämangiom an der hinteren Blasenwand fand, war 47 Jahre alt. Die Behandlung wurde ausgesetzt, wenn bei den Patienten das Bettnässen mindestens 3 Wochen ausgeblieben war. In einem größeren Teil der Fälle wurde das Bettnässen durch diese Behandlung dauernd beseitigt, in der Mehrzahl der übrigen Fälle wurde mehr oder minder große Besserung erzielt; nur in wenigen Fällen blieb ein Erfolg ganz aus. Sehr viele Patienten gaben an, daß sie nach der Spülung nachts aufgeweckt seien durch Harndrang, den sie früher nie verspürt hätten. In anderen Fällen wachten die Patienten während der Nacht nicht auf und blieben trotzdem trocken. Die einzige Verordnung, die neben der Spülung noch gegeben wurde, bestand in der Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme am Abend, eine Maßnahme, die bei fast allen Fällen schon früher ohne Erfolg getroffen war. — In Fällen, welche durch die Spülungen nicht zur Heilung gelangen, empfiehlt Verfasser, Belladonna oder Atropin anzuwenden, und in schweren Fällen die epidurale Injektion.

Dr. **Jacques Neumann** (Hamburg-Barmbeck): **Foudroyante Gasphlegmonen nach subkutanen Koffeïninjektionen.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Neuerdings wurde von verschiedenen Seiten das Auftreten von foudroyanten Gasphlegmonen nach subkutanen Koffeïninjektionen ausgehend von der Injektionsstelle aus, beobachtet. Verfasser berichtet nun über 3 weitere Fälle von Gasphlegmone nach Koffeïninjektionen, welche im Allgemeinen Krankenhaus Hamburg—Barmbeck zur Beobachtung kamen. Es handelte sich um 3 Kranke im Alter von 15, 17 und 28 Jahren, welche wegen Influenzpneumonie neben Aolaninjektionen auch wiederholte Koffeïninjektionen in die Oberschenkel erhielten. In allen 3 Fällen führte die Gasphlegmone rasch den Tod herbei. In den 3 Fällen wurde der Fraenkel'sche Gasbazillus bei der Sektion nachgewiesen. Die drei Kranken waren von einer Pflegerin gewartet worden, worden, welche auch die Injektionen machte. Da die Pflegerin beim Aufstecken der Kanüle auf die Spitze den oberen Teil der Kanüle mit den Fingern berührte, so liegt jedenfalls die Möglichkeit vor. daß sie Trägerin von Gasbazillen war und diese durch ihre Unachtsamkeit auf die Kanüle übertrug.

Prof. Dr. **A. Läwen** und **A. Reinhardt** (Leipzig): **Ueber endemische Wunddiphtherie und gleichzeitige Befunde von Diphtheriebazillen auf der Haut und im Rachen; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Wundbakterienflora.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Veranlaßt durch die neueren Mitteilungen aus Reservelazaretten und Krankenhäusern über das endemische Auftreten von Wunddiphtherie stellten die Verfasser im Reservelazarett und der chirurgischen Abteilung des Leipziger Krankenhauses zu St. Georg ausgedehnte Untersuchungen über das Vorkommen von Diphtheriebazillen auf Wunden an. 224 Fälle wurden untersucht; in 128 davon fanden sich in den Wunden Diphtheriebazillen, und zwar bei 94 Soldaten und 34 Zivilpersonen. Es handelte sich um folgende Gruppen von Erkrankungen: Thoraxfisteln bei Pleuraempyem nach Grippe-Pneumonie, Schußverletzung, Lungenabszeß, Lungentuberkulose 18 Fälle. Weichteilfisteln nach Durch- und Steckschüssen 15 Fälle, tuberkulöse Geschwüre, tuberkulöse Weichteil- Drüsen-, Knochenfisteln 13 Fälle, Fisteln nach Appendektomie 3 Fälle, Knochenfisteln nach Schußverletzung 37 Fälle, granulierende Flächen nach Schußverletzungen und Phlegmonen, Narbengeschwüre namentlich an Amputationsstümpfen 37 Fälle, Fisteln bei osteomyelitischer Knochennekrose 5 Fälle. Gemeinsam war diesen Fällen, daß sie eine geringe Heilungstendenz, aber große Neigung zur Eiterung zeigten. Die bakteriologische Prüfung auf Diphtheriebazillen wurde mit allen Hilfsmitteln durchgeführt, so daß in den genannten Fällen unzweifelhaft der Nachweis echter Diphtheriebazillen geführt wurde. In der Mehrzahl der Fälle kamen die Diphtheriebazillen in den Wunden zusammen mit anderen Bakterien vor, meist gewöhnlichen Eitererregern, Staphylokokken und Streptokokken und Bacillus pyocyaneus. In den meisten Fällen haben die Diphtheriebazillen in den Wunden spezifische diphtherische Veränderungen nicht hervorgerufen. Dagegen hatte man in einigen Fällen den Eindruck, daß die Anwesenheit der Diphtheriebazillen die Heilung verzögerte. Das ausgesprochene Bild der Wunddiphtherie war in keinem Falle vorhanden. Jedoch ist das Vorkommen von Diphtheriebazillen in den Wunden in anderer Hinsicht von Bedeutung: durch die Beziehungen zur Rachendiphtherie. Bei 10 Wunddiphtheriebazillenträgern brach Rachendiphtherie aus, 15 weitere Patienten mit Wunddiphtherie hatten Diphtheriebazillen auf den Tonsillen, ohne erkrankt zu sein. In einem Falle zog sich ein Sanitätsvizefeldwebel auf einer mit Wunddiphtheriebazillenträgern belegten Station eine schwere Infektion mit Rachendiphtherie zu. welcher er in 3 Tagen erlag. In einigen Fällen wurden auf der Haut von Wunddiphtheriebazillenträgern, und zwar nicht nur in der Umgebung der Wunden, sondern auch entfernt davon Diphtheriebazillen nachgewiesen. Bei der Behandlung der mit Diphtheriebazillen infizierten Wunden bewährte sich am besten das E u k u p i n, in Pulverform auf die Wunden gestreut. Eine Anzahl von Wunden wurde unter der Wirkung dieses Mittels dauernd frei von Diphtheriebazillen. Diphtherieheilserum (bis zur Menge von 3000 I.-E.) übte keinen Einfluß auf den Diphtheriebazillengehalt der Wunden aus. Jedoch schien es, als ob die toxische Wirkung der Diphtherietoxius durch das Heilserum neutralisiert wurde. In allen Fällen wurde die notwendige chirurgische Behandlung durchgeführt. Günstig wirkte auch die Sonnenbestrahlung der Wunden (offene Wundbehandlung mit Schleierverband). Auch der Diphtheriebazillengehalt der Haut wird durch die Besonnung vermindert.

Dr. **Felix Ranzel** (Dziedih): **Ueber chirurgische Folgezustände nach Skorbut.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Verfasser hatte Gelegenheit, an zahlreichen aus russischer Gefangenschaft zurückkehrenden Austauschinvaliden eine bisher wenig beachtete Folgekrankheit nach Skorbut zu beobachten Es handelt sich um Gehstörungen und Veränderungen an den unteren Extremitäten. Verfasser unterscheidet 3 Gruppen. In der 1. Gruppe (2—6 Monate nach dem Skorbut) ist ein Unterschenkel (es war immer nur eine Extremität betroffen) stark verdickt (bis 4 cm an Umfang gegenüber dem gesunden Bein); die Muskulatur ist bretthart; die Haut von der Unterlage nicht abhebbar; sie zeigt noch grünliche Flecke als Reste der Blutungen. Das Gehen ist stark erschwert, in 1/3 dieser Fälle bestand Beugekontraktur des Knies, einige Male Spitzfußstellung; es ist unmöglich, die Kontrakturen zu beseitigen. Die Beugesehnen sind nicht tastbar. In der 2. Gruppe (6—12 Monate nach Ablauf der Erkrankung) sind alle Merkmale des 1. Stadiums in abgeschwächter Form vorhanden, manchmal besteht eine Atrophie der Extremität. In einem Teil der Fälle bestanden leichte Oedeme bei normalem Harnbefund. Die Kniegelenkskontrakturen sind nicht mehr stark fixiert, sondern elastisch. Bei der 3. Gruppe (1/2—1 1/2 Jahr nach Ablauf der Erkrankung) beherrschen Kontraktur des Kniegelenkes oder Spitzfußstellung das Krankheitsbild, Veränderungen der Weichteile bezüglich Consistenz liegen nicht vor, ebenso fehlen die Zeichen der abgelaufenen Blutungen. Es besteht eine Atrophie der Muskulatur. Die Beugesehnen springen in stärkster Spannung vor, ebenso die Achillessehne bei bestehendem Spitzfuß. Selbst die geringste Korrektion durch einen Streckversuch ist nicht möglich. Die sämtlichen Symptome haben ihre Ursache in den ausgedehnten Blutungen in die Weichteile, und zwar sind sie die Folge von Organisation der Blutungsherde. Was die Behandlung anlangt, so erheischen die Veränderungen der ersten Gruppe länger dauernde konservative Behandlung mit Massage, Bädern und Heißluft. später Zanderübungen. Bei der zweiten Gruppe werden die Kontrakturen durch Redressement (ev. in Narkose) mit nachfolgendem Gipsverband für 2—3 Wochen beseitigt. Bei der dritten Gruppe sind Tenotomien der Beugesehnen in der Kniekehle, resp. der Achillessehne mit nachfolgendem Redressement und Gipsverband erforderlich. Die funktionellen Erfolge dieser Therapie waren recht befriedigend.

Dr. **Gerhardt v. Bonin** (Heidelberg): **Zur Statistik der eingeklemmten Brüche unter dem Einfluß der Kriegsernährung.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 32.)

Aus der statistischen Bearbeitung der von 1908—1918 beobachteten eingeklemmten Brüche bei den Zivilkranken der Heidelberger chirurgischen Klinik zieht Verfasser folgende Schlüsse. Die Häufigkeit incarcerierter Hernien vor dem Kriege entspricht in ihrem zahlenmäßigen Verhalten einer konstanten Grundwahrscheinlichkeit. Die Zahl der männlichen incarcerierten Brüche bleibt bei den Zivilpatienten bis 1915 ungefähr auf gleicher Höhe, wohl dadurch bedingt, daß ihre relative Zunahme durch die Abnahme der absoluten Zahl der Bevölkerung infolge militärischer Einberufung wettgemacht wird. Die von 1916 ab beobachtete Zunahme der eingeklemmten Brüche beruht fast allein auf der Zunahme der weiblichen Patienten, und zwar steigt die Zahl der Schenkelbrüche schon 1916, die der Leistenbrüche erst 1917 deutlich erkennbar an. Die Häufigkeit der Darmwandbrüche hat nicht erkennbar zugenommen, ebensowenig die der Resektionen. Die Mortalität zeigte gleichfalls keine deutliche Aenderung.

R. L.

II. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Sitzung vom 5. I. 20.
(Eigenber. d. Allg. med. Centr.-Ztg.)
Vorsitz: Herr Fürbringer.

Tagesordnung:

Ueber die Wirkung des Calciums auf den Kreislauf.

Herr **Kraus** stellte Versuche über die Wirkung von Calcium-Jonen auf den Warmblüterkreislauf an. Meerschweine, Kaninchen u. a. wurden mit intravenösen Infusionen behandelt; anders als mit hohen konzentrierten Dosen läßt sich in dieser Weise kein Erfolg erzielen; nicht einmal das Blut reagiert. Langsames Zufließen des Calciums in gewöhnlicher Lösung hat andere Wirkung nicht einschneidender Art. Wichtig ist die Combination der Electrolyten. Es handelt sich nicht um dauernde Wirkungen. Es fehlt dem Calcium die aufspeichernde Wirkung der Digitalis. Der Blutdruck, die mechanische Kurve, das Electrocardiogramm, die Vagus-Reizung und -Durchschneidung sowie die Respirationskurve wurden zur Controle benutzt. Ein Versuchstier mit unbeeinflußter Erregbarkeit des Herzens, dem Calcium intravenös einverleibt wurde, zeigte verstärkte tetanische Atmung. Der Blutdruck sinkt auf Calcium-Gaben bald rasch, bald langsam ab. Die Ursache ist ähnlich wie bei Digitalis die hohe Tendenz zum Stillstand des linken Herzens in Systole. Der Blutdruck zeigt respiratorische Schwankungen. Hohe mechanische Ordinaten finden sich besonders bei wiederansteigendem Druck. Oft ist ein Mißverhältnis zwischen den hohen Ordinaten der mechanischen Kurve und dem niederen Electrocardiogramm ersichtlich. Ursache ist die Allodromie. Die Herzschlagfrequenz verhält sich nach Calcium wechselnd; bis zu systolischem Stillstand ist die Herzaktion bei größeren Dosen verlangsamt; bei schwacher Gabe ist die Wirkung verlangsamt. Zuweilen ist der Herzschlag frequent. Die Perioden sind nicht immer lang. Die Allodromie des Erregungsablaufs beginnt schon früh; auf der Höhe der Calcium-Wirkung geht die Atrium-Zacke des Electrocardiogramms verloren. In typischer Weise ist die Finalschwankung abgeflacht. Als Ausdruck der Tendenz zum Stillstand in der Systole auf der Höhe der Wirkung zeigt sich oft eine lange Periode der Stromlosigkeit. R e h f i s c h zeigte, daß bei Blutdrucksteigerung die Nachschwankung schlechter wird. Calcium- und Natrium-Jonen sind Antagonisten. Die Versuche fanden nur an unversehrten Warmblütern statt. Na Cl stellte die starke Wirkung des Calciums wieder ab. Nach vorheriger Anreicherung mit Na Cl erfolgt die Ca-Wirkung verspätet. Schwache Ca-Wirkung ist einer centralen Vagus-Erregung vergleichbar; respiratorische Arrythmie und Verlängerung der Herzperiode sind die Folgen. Die Vagus-Erregbarkeit ist nach Ca herabgesetzt. Vagus-Durchschneidung vor Ca-Wirkung bewirkt, daß die Perioden nach Ca kürzer und regelmäßiger bleiben. Die periphere Reizung ist auch nach großen Ca-Dosen wirksam. Physostigmin steigert die Erregbarkeit, ohne den Vagus zu reizen. Setzt man Ca hinzu, so werden die Perioden verlangsamt, die Nachschwankung bleibt längere Zeit erhalten. Ca beeinflußt den Vagus und umgekehrt.

Der anaphylaktische Choc ist der Gesamttypus einer allgemeinen autonomen Vergiftung mit Einwirkung auf den oberen Vagusteil. Atropin hebt den Zustand mehr oder weniger auf. Ein starkes Gift Histidinamin bewirkt beim Kaninchen in großen Dosen Lähmung, bloß in der Atmung Erregung; ein solches Tier verträgt aber dann Calcium in großer Menge gut und lange; erst bei 5—10 ccm kommt es zu Drucksenkung; das Electrocardiogramm zeigt sofort die Allodromie an. Die Perioden sind aber ungleichmäßig; zum Schluß kommt es zu Herzstillstand in der Systole. Natronoxallat und dann Histidinamin bewirken rasch Sinken des Druckes auf Null und rasch Flimmern des Vorhofes. Das ist anaphylaktischer Choc. Die Oxalisation nimmt das Ca in Beschlag. Oxaliert man ein bisher unversehrtes Tier langsam, so bleibt die Funktion erhalten. Die Nachschwankung geht langsam verloren. Der Schluß ist immer Flimmern, besonders wenn man Jodnatron hinzufügt. Der Herzstillstand erfolgt in Diastole. Der Vagus bleibt hier längere Zeit gut erregbar. Bei Oxalation begünstigt Vagus-Reizung in der Nachwirkung das Flimmern und den schlechten Ausgang. Auch nach Durchspülung mit reiner Na Cl-Lösung gelingt wieder wegen Ca-Mangels die Vagus-Hemmung nicht. Es ist also eine Schädigung des Contaktes zwischen Nerven und Erfolgsorgan. Außer Natronoxalat wirken auch Natron-Fluorid, -Citrat und -Tartarat ähnlich, indem sie Calcium binden.

Czerny und seine Schule fassen den infantilen Zustand der Spasmophilie als Anomalie des Calcium-Salz-Stoffwechsels auf. Man fand auffällige Verminderung der Ausscheidung von Kalk bei thyreopriven Hunden mit Verminderung des Kalkgehalts der Gewebe. Calcium-Gaben beseitigen nur vorübergehend die Krämpfe nach Entfernung der Epithel-Körper.

Es kommt auf die Controle der Concentrationsschwankungen an; über das Angebot, die Art und Weise desselben, die Gewebe welche das Calcium brauchen, ist Vortr. nicht informiert. Zusatz von Witte-Pepton bewirkt Herzkontraktionen; aber es ist auch Ursache des anaphylaktischen Chocs.

Wenn man Kaninchen Calciumchlorid rasch in die Vene gießt und während der Druck abnimmt, Adrenalin nachgibt, so erhält man anfangs nicht bloß Drucksteigerung, sondern auch Uebergang der Ca-Kurve in die Adrenalin-Form des Electrocardiogramms. Später ist das nicht mehr möglich. Dann kommt es zum systolischen Herzstillstand. Gibt man vorher Oxalat und dann Adrenalin, so kommt es zu Vorhofflimmern, und es folgt nur vorübergehend eine unerhebliche Blutdrucksteigerung.

Was an isolierten Geweben experimentell nachgewiesen wurde, läßt sich also teilweise auch am unversehrten Gesamtkörper des Warmblüters zeigen.

Für die Konstitutionslehre sind die Electrolyte von Bedeutung; sie beeinflussen die Regulation von Lebenserscheinungen in Muskeln, Nerven und Drüsen hinsichtlich der Anregung und der Hemmung. Die normale Reizbarkeit der Gewebe hängt von Kalium-, Magnesium-, Natrium- und Calcium-Jonen ab, die in bestimmtem Verhältnis vorhanden sein müssen. Maßgebend ist eines der Merkmale der Electrolyte: die Kationen geben bestimmte Reize: Bei Mangel an Ca- und Na-Jonen erfolgen keine rhythmischen Contractionen von Skeletmuskeln mehr. Der Schwund der indirekten Muskel-Erregbarkeit bei Fehlen von Ca gehört hierher. In überschüssiger Concentration bewirken Ca-Salze ebenfalls keine rhythmischen Contractionen mehr. Na- und Ca-Jonen sind Antagonisten. Nicht das Absolute ist maßgebend, sondern das Gleichgewicht mit anderen Jonen. Auf die Wertigkeit der Jonen kommt es bei den Leicht-Metall-Kationen nicht an. Na und Ka sind voneinander ebenso verschieden wie Ca und Mg. Eine einwandsfreie Erklärung ist bisher nicht möglich. Alle Salze, besonders Kali-Verbindungen, welche die Muskelfascie negativ elektrisch machen, also reichlich Milchsäure binden, heben auch die Erregbarkeit rasch wieder auf; alle, welche wie Ca die umgekehrte Stromrichtung herstellen, stellen die Erregbarkeit wieder her. Der Ruhe-Strom ist gewissermaßen das Analogon des Aktions-Stromes. Der normale Erregungsvorgang ist an den Zustand der Colloide gebunden. Zu starke Auflockerung wie zu starke Dichtung bewirken Unerregbarkeit. Die Protoplasma-Masse ist ein ungeheures Oberflächen-System. Setzt man einen Muskel einer Calcium- oder Kochsalzlösung aus, so verträgt der kalkarme Muskel bei Zeitreiz viel stärkere Erregungen der Strom-Anstiegkurve als der kalkreiche. Der erstere ist einem glatten Muskel vergleichbar. Je schneller Veränderungen in der Oberfläche auftreten, desto weniger ist die Anpassung an das Einschleichen von starren Jonen möglich womit die Stabilität des Colloids in seinem Lösungszustande aufgehoben wird. Alle krankmachenden Reize wirken viel schneller bei Störung des Electrolyt-Gleichgewichtes.

Die Anionen überwiegen den Einfluß der Kationen bei der Quellung; als solche sind sie für das Leben von Bedeutung. Calcium dämmt die vegetativen Nervenapparate im allgemeinen; es ist also nicht elektiv; es wirkt auch auf die cerebrospinalen Nerven ferner auf Muskeln und Drüsen. Auch bei Spasmophilie spielt der Chemismus eine Rolle. Das richtige Spasmophilie spielt der Chemismus eine Rolle. Das richtige Verhältnis von Natron und Calcium bestimmt die Geschwindigkeit des Erregungsablaufes; es ist für alle rhythmischen

Bewegungen maßgebend; aus der Geschwindigkeitsmessung des Ablaufs kann man auf die konstitutionellen Faktoren Schlüsse ziehen.

Aussprache:

Herr **Peritz** bespricht die Spasmophilie der Erwachsenen: Was wird aus den spasmophilen Kindern und ihrer Erregbarkeit? Die meisten haben vor allem eine starke elektrische Uebererregbarkeit; auch das autonome und das sympathische System sind übererregbar; die stark gespannte Arterie — Pseudosklerose — ist nur funktioneller Natur. Die Krankheitsbilder mit spasmophiler Grundlage sind sehr verschieden: cerebrale wie periphere Erscheinungen treten auf: Epilepsie. Migräne, Neuritiden, Uebererregbarkeit der ganzen Haut (Dermalgien), Angioneurosen (kalte Hände und Füße), Cyanose der Hände und Füße können die Folge sein. Die Kalkbehandlung ist nicht sehr erfolgreich. Denn die Zufuhr erfolgt nicht in einer für das Nervensystem wertvollen Form; über diese wissen wir noch nichts. Ca eignet sich für manche Fälle von Asthma und Heuschnupfen.

Herr **Czerny:** Rachitische Kinder haben oft Erscheinungen des Nervensystems: Uebererregbarkeit bis zu Krampfzuständen, die man noch immer Eklampsie nennt; 90% solcher Kinder sind rachitisch. Als Vermittler galt der Kalkmangel. Die Erregbarkeit der Großhirnrinde hängt von ihrem Ca-Gehalt ab. Die Rachitis bedingt großen Ca-Verlust in allen Geweben. Die Therapie auf dieser Basis ist wirkungsvoll; es schwinden dabei die Störungen an Knochen wie an Nerven. Dann konstruierte man die Tetanie der Kinder in Wien. Was früher nervöse Symptome der Rachitis hieß, wurde jener zugeschrieben. In Berlin hieß das Spasmophilie. Dann wurden die endokrinen Drüsen Trumpf in der Wissenschaft; die kleinen Nebenschilddrüsen mußten herhalten, weil man bei Todesfällen zuweilen eine ganz kleine Blutung in ihnen fand. Dann sollten sie den Kalkstoffwechsel regulieren; irrten sie sich, so kam es zu Uebererregbarkeit. Nun hat uns die ganze Tetanie-Lehre nichts als Komplexe gebracht über die wir uns nicht verständigen können. Nicht jede Erregbarkeit des Nervensystems ist bloß mit der Ca-Theorie zu erklären; sicher gibt es noch andere Gründe. Die Pathologie des Nervensystems tendiert zu solchen Sammelnamen für alle Formen der Erregbarkeit. Schließlich müßte es ja Menschen mit Uebererregbarkeit sämtlicher Teile des Nervensystems geben; glücklicherweise gibt es das nicht. Die Nerven sprechen auf dieselbe Noxe verschieden an. Vielleicht ist eine elective Wirkung der Noxen vorhanden.

Herr **Fuld** hat Ca bei Hautaffektionen angewandt: bei Urticaria ohne Erfolg; er nahm Ca-Harnstoff und konzentrierte Lösungen von $CaCl_2$; intravenöse Einverleibung bewirkt Hitzegefühl im Halse.

Herr **Citron:** Zur Verhütung der Anaphylaxie und ihrer Hautausschläge empfahl man die Kalktherapie. C. behandelte Typhöse mit Collargol intravenös. Danach trat anaphylaktischer Choc, temperaturabfall und Neigung zu Blutung auf. Gab er $CaCl_2$ peros in großen Mengen, so kam es zu Entfieberung neben Verhütung von Blutdrucksinken und Blutung. Ca bringt Dichtung.

Herr **Kraus** (Schlußwort) ist mit Czerny einer Meinung; aber die Epithelkörper haben doch eine größere Bedeutung; die klinischen Zeichen sind doch da, finden sich bei Vagotonie und Spasmophilie. Es ist gut, etwas zu haben, was uns zeigt, daß der Erregungsablauf in der lebenden Substanz etwas Gemeinsames hat. Mode.

III. Bücherschau.

Die Beziehungen der Mund- und Zahnerkrankungen zu Störungen des Magendarmkanals, des Blutes und des Stoffwechsels. Von San.-Rat Dr. **Hans Herz,** Leiter der inneren Abteilung des jüdischen Krankenhauses in Breslau. Halle a. S. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, 1919, 103 S. 4.— Mark.

Die umfangreiche Abhandlung bildet die beiden ersten Hefte des sechsten Bandes der von Albu herausgegebenen Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Der Verfasser behandelt sein Thema nicht nur auf Grund eigener Erfahrungen, sondern auch unter sorgfältiger Verwertung des in der Literatur weit zerstreuten Materials. Die Darstellung gliedert sich in 4 Abschnitte. An erster Stelle werden die Krankheiten der Mundhöhle als Ursache von Erkrankungen der tieferen Verdauungswege geschildert, dann folgt die Betrachtung der Mundhöhlenaffektionen im Gefolge von Störungen der tieferen Verdauungswege; der dritte Abschnitt beschäftigt sich mit der ursächlichen Bedeutung von Mund- und Zahnkrankheiten für Veränderungen des Stoffwechsels und Blutes, der vierte bei weitem umfangreichste Abschnitt hat den Einfluß von Stoffwechselstörungen und Veränderungen der Blutmischung auf die Beschaffenheit der Gebilde der Mundhöhle zum Inhalt; hier behandelt der Verfasser besonders eingehend die Anomalien und Erkrankungen der Zähne bei Konstitutionskrankheiten, im Kindesalter (Rachitis, kongenitale Lues) und bei Erwachsenen. Die inhaltsreiche Arbeit bietet in erster Linie dem ärztlichen Leser wertvolle Belehrung auf einem Gebiet, welches in den gangbaren Lehrbüchern vielfach nicht genügende Berücksichtigung findet; aber auch die Zahnärzte werden die Abhandlung mit Nutzen studieren. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Am 8. Januar d. J. starb hier Geh. Regierungsrat Prof. Dr. Mayet, erster Vorsitzender der von ihm mitbegründeten Gesellschaft für soziale Medizin, der sich nicht nur als Theoretiker auf dem Gebiet der sozialen Medizin und Medizinalstatistik große Verdienste erworben, sondern auch die praktische Ausgestaltung der sozialhygienischen Fürsorgebestrebungen tatkräftig gefördert hat. So verdankt man seiner Anregung die Einführung der Reichswochenhilfe während des Krieges.

Dr. Otto Kuffler habilitierte sich als Privatdozent für Augenheilkunde.

Dresden. Prof. Dr. J. H. Schultz (Jena) hat mit Beginn des Jahres die Leitung des Dr. Lahmann'schen Sanatoriums, Weißer Hirsch, als Chefarzt übernommen.

Würzburg. Dr. Kirch habilitierte sich als Privatdozent für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. Dr. Lang, Assistent am hygienischen Institut, und Dr. Bauch, Assistent am pathologischen Institut, erhielten den Professortitel.

Erlangen. Der verdiente Kliniker Prof. Penzoldt, der vor kurzem seinen 70. Geburtstag feierte, wurde von der Stadt Erlangen zum Ehrenbürger, von der philosophischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt.

Oxford. Der bekannte innere Kliniker Sir William Osler ist hier gestorben. Er war in Amerika geboren, hatte seine Studien an der Mc-Gill-Univ. in Montreal absolviert, von 1889—1905 wirkte er als Professor der inneren Medizin und Leiter der internen Klinik an der Universität Baltimore, bis er nach Oxford berufen wurde.

Verschiedenes.

Berlin. Entsprechend dem Beschluß der Preußischen Landesversammlung wurde ein Ausschuß zur Prüfung des Friedmann'schen Tuberkuloseheilmittels eingesetzt, dem eine Anzahl hervorragender inneren Kliniker, Chirurgen, Vertreter der einzelnen Spezialfächer, Bakteriologen usw. angehören. Zum ständigen Schriftführer wurde Prof. v. d. Velden-Berlin ernannt.

Vor kurzem hat sich hier eine Vereinigung der Gönner des Instituts für Krebsforschung an der Universität Berlin gebildet. In der konstituierenden Versammlung wurde beschlossen, daß die von der Vereinigung zusammengebrachten Geldmittel nicht zur laufenden Unterhaltung des Instituts, sondern nur für wissenschaftliche Untersuchungen in demselben verwendet werden sollen. Die vom Staat bewilligten Mittel reichen nicht aus, um die Betriebskosten des Instituts zu decken, so daß schon jetzt ein erhebliches Defizit besteht.

Würzburg. Die Preisaufgabe der Dr. Fritz Oppenheimer-Preisstiftung in Würzburg für 1919—21 lautet: „Es ist eine kritische Prüfung der neueren Theorien über die Entstehung des Glaukoms unter vergleichender Würdigung der bisher herrschenden Anschauungen und möglichst ausgiebiger Heranziehung neuer Beobachtungen zu geben." Als Bewerber ist jeder Kandidat der Medizin oder Arzt zugelassen, der mindestens 2 Semester an einer der 3 bayerischen Landesuniversitäten studiert hat oder eine gleiche Zeit an einem zugehörigen medizinischen Universitätsinstitut als Assistent bezw. Hilfsassistent tätig gewesen ist. Deutsche Staatsangehörigkeit ist erforderlich. Bewerbungsschriften sind bis zum 1. Oktober 1921 bei dem Direktor der Universitätsaugenklinik in München einzusenden. Der Arbeit ist ein verschlossener Brief mit dem Namen des Verfassers und auf dem Umschlag einem Motto beizufügen. — Den Preis für die vor 2 Jahren gestellte Preisaufgabe: „Ueber den Wert spezifisch antituberkulöser Behandlungsmethoden bei den sogen. ekzematösen Erkrankungen der Augen", erhielt der hiesige Privatdozent Prof. Dr. Johannes Köllner.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

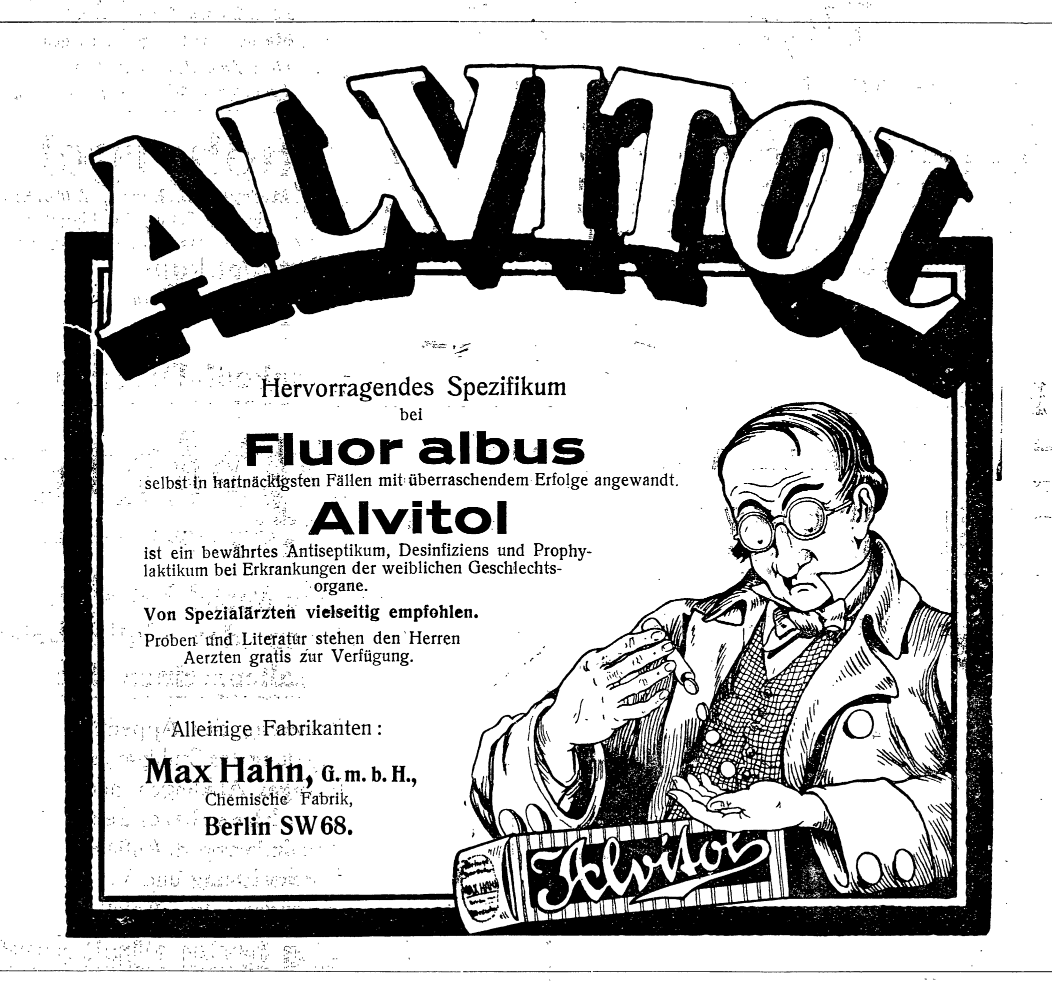
Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang Berlin, 24. Januar 1920 No. 4

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag


ALVITOL
Hervorragendes Spezifikum
bei
Fluor albus
selbst in hartnäckigsten Fällen mit überraschendem Erfolge angewandt.
Alvitol
ist ein bewährtes Antiseptikum, Desinfiziens und Prophylaktikum bei Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.
Von Spezialärzten vielseitig empfohlen.
Proben und Literatur stehen den Herren Aerzten gratis zur Verfügung.
Alleinige Fabrikanten:
Max Hahn, G. m. b. H.,
Chemische Fabrik,
Berlin SW 68.
Alvitol


Cornutinum ergoticum
„Bombelon"
(Ergotin „Bombelon")
Name ges. geschützt.
das zuverlässige Mutterkornpräparat
Literatur kostenlos
Packungen:
Flaschen zu 25 und 10 g. und kleine Kassenpackung zu 5 g.
Ampullen zu 1,1 cm. Cartons zu 3, 5 u. 10 Stück
Tabletten zu 0,5 g Röhren zu 10 und 20 Stück
Specificum
bei Menorrhagien, Metrorrhagien im Klimakterium etc.
Prophylacticum
während der Nachgeburts- und Involutions-Periode, nach Abort bei Atonie post partum usw.
Bei Blutungen aller Art von bestem Erfolg (Ruhr usw.)
H. Finzelberg's Nachfolger
Chem. Werke Andernach a. Rh.

89. Jahrgang **Berlin, 24. Januar 1920** **No. 4**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 70 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **Walter Hesse** (Halle a. S.): **Ein auskultatorisches Phänomen bei Kehlkopfdiphtherie.** (Münch. med. Wochenschrift 1919 Nr. 33.)

Sowohl bei der mit stridoröser Atmung und Einziehung einhergehenden Kehlkopfdiphtherie, wie auch bei ihrer nichtstenosierenden Form hört man im Bereich des Kehlkopfes und meist auch des oberen Teiles der Luftröhre eine Veränderung des normalen Bronchialatmens im Sinne eines außerordentlich rauhen und verschärften bronchialen Atemgeräuschs, das beim Vergleich mit dem Auskultationsbefund über dem normalen Kehlkopf sehr sinnfällig und deutlich zum Ausdruck kommt. Mit Hilfe dieses Auskultationsphänomens gelingt es die durch Kehlkopfdiphtherie bedingte Heiserkeit von der durch katarrhalische Laryngitis hervorgeufenen zu trennen, was bisher nur durch die für den Arzt hierbei nicht ungefährliche Laryngoskopie oder durch den Nachweis von Diphtheriebazillen im Sputum möglich war. Die Auskultation der Larynx und der Trachea gestattet somit nicht nur die Diagnose einer sich nur in Heiserkeit verratenden Kehlkopfdiphtherie, sondern sie gibt auch in Fällen von Rachendiphtherie darüber Aufschluß, ob eine begleitende Heiserkeit nur der Ausdruck einer harmlosen katarrhalischen Laryngitis oder die Folge einer komplizierenden, ev. die Tracheotomie erfordernden Kehlkopfdiphtherie ist. Die Auskultation wird an der Seitenplatte des Schildknorpels oder bei der meist gleichzeitig vorhandenen Trachealdiphtherie im Bereich des Ringknorpels oder der oberen Trachealknorpel vorgenommen.

Prof. Dr. **Paul Prym** (Bonn): **Erkrankungen der Nasennebenhöhlen bei Influenza.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919. Nr. 32.)

Wie Eugen Fraenkel richtete auch Verfasser bei der Sektion von über 100 Grippefällen sein Augenmerk auf die Beteiligung der Nasennebenhöhlen, speziell der Keilbeinhöhle, sowie des Ohres. Nur in 21 unter 92 Fällen wurde die Keilbeinhöhle völlig intakt gefunden. In den übrigen 71 Fällen fanden sich Veränderungen von leichter Rötung bis zu völliger Vereiterung. In mehr als der Hälfte der Fälle fand sich Eiter oder schleimig-eitriger Inhalt in der Keilbeinhöhle. Der Eiter war meist gelblich, graugelblich, mitunter etwas grünlich. In 47 Fällen wurde der Eiter bakteriologisch untersucht; 25 mal fanden sich Krankheitserreger, und zwar viermal Influenzabazillen, achtmal Pneumokokken, sechsmal Staphylokokken, einmal Streptokokken. Die obere Nasenhöhle wurde 48mal untersucht, in 25 Fällen fanden sich Veränderungen von Rötung der Schleimhaut bis zur Eiterung. Die Stirnhöhlen wurden 33mal untersucht, in ⅓ der Fälle fanden sich ähnliche Veränderungen wie in der Keilbeinhöhle, im ganzen mit diesen korrespondierend. In 88 Fällen wurde das knöcherne Gehörorgan und Mittelohr untersucht und 28 mal wurden Veränderungen gefunden; 26 mal handelte es sich um akute Veränderungen, von leichter Rötung des Trommelfells und der Schleimhaut bis zur Vereiterung. 15 mal war die Erkrankung einseitig, 11 mal doppelseitig, 19 mal fand sich Eiter, 5 mal auch in den Warzenzellen. Im ganzen korrespondierten die Befunde am Mittelohr mit denen in der Keilbeinhöhle, nur dreimal fand sich bei akuter Entzündung des Mittelohrs die Keilbeinhöhle unverändert. —

Prof. Dr. **Oskar Gross** (Greifswald): **Zur Behandlung der Lungengangrän mit Salvarsan.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 31.)

Schon früher hatte Verfasser über 6 Fälle von schwerer Lungengangrän berichtet, bei denen durch Salvarsanbehandlung 3 mal vollkommene Heilung, 2 mal wesentliche Besserung erzielt worden war. Verfasser hatte neuerdings Gelegenheit einen weiteren sehr ausgesprochenen Fall ziemlich akut entstandener Lungengangrän bei einem 32 jährigen Manne, bei welchem es zu einer großen Höhlenbildung in der linken Lunge mit Plätschergeräuschen gekommen war, mit Salvarsan zu behandeln. Nach 3 intravenösen Einspritzungen von 0,45 g Neosalvarsan innerhalb 11 Tagen trat die Rückbildung der großen Caverne ein. Zunächst verschwanden die elastischen Fasern und der fötide Geruch aus dem Sputum, dieses wurde zusehends geringer an Menge und verschwand innerhalb von 2 Monaten vollständig. Das Röntgenbild ergab den Beweis für die tatsächliche vollständige Ausheilung.

Dr. **Felix Klopstock** (Berlin): **Ueber die intrakutane Tuberkulinreaktion.** (Berlin. Klin. Wochenschrift 1919. Nr. 31.)

Nach den Feststellungen des Verfassers an den Kranken der Berliner Universitätspoliklinik für Lungenkranke ist die intrakutane Tuberkulinreaktion ein zuverlässiges Mittel, eine vorangegangene Tuberkuloseinfektion anzuzeigen, und zwar noch empfindlicher und daher zuverlässiger als die subkutane Reaktion, dem ist die intrakutane Tuberkulinprobe das zuverlässigste Mittel für die Feststellung der Verbreitung der tuberkulösen Infektion in der Menschheit. Die Technik besteht in der gleichzeitigen intrakutanen Injektion von $^1/_{10000}$, $^1/_{1000}$, $^1/_{100}$ mg Tuberkulin und $^1/_{10}$ mg Glyzerinbouillon in 0,1 ccm Flüssigkeit. Höhere Tuberkulinkonzentrationen sind nur anzuwenden, wenn $^1/_{100}$ mg keine Reaktion auslöst ($^1/_{10}$ mg nach 2 Tagen). Die Glyzerinbouilloninjektion dient zur Kontrolle; sie soll bei leichter Reaktion feststellen, ob es sich um eine spezifische Wirkung des Tuberkulins oder um Reizerscheinungen durch die unspezifischen Bestandteile des Tuberkulins handelt. Als Ort der intrakutanen Reaktion wählt Verf. stets die Streckseite des Unterarms. Die Nadel, zweckmäßigerweise eine feine kurzspitzige Platiniridium-

kanüle ist möglich tangential einzuführen; das Entstehen einer etwa linsengroßen Quaddel zeigt das Gelingen der intrakutanen Injektion an. Für die Glyzerinbouillonkontrolle sowie für die verschiedenen Tuberkulinverdünnungen sind verschiedene Spritzen anzuwenden. Die positive Reaktion besteht in einer entzündlichen Infiltration, die qualitativ, quantitativ und in ihrem zeitlichen Verlauf Unterschiede aufweist. Man sieht erstens einfache Hyperämie, die nach der Peripherie zu allmählich abblaßt, zweitens scharf umschriebene, leicht erhabene Infiltrationen (linsen- bis 10-Pfennigstückgroß), drittens mehr flächenhaft ausgedehnte Infiltrationen mit hyperämischer Area bis Fünfmarkstückgröße. Nach 2 Tagen hat die Reaktion meist die Höhe erreicht. Ein Teil der Reaktionen geht rasch zurück, ein Teil läuft innerhalb einer Woche ab, bei manchen entsteht eine Dauerreaktion. Kleinste Temperatursteigerungen können bei sehr reaktiven Kranken vorkommen. — Für die Entscheidung, ob inaktive oder aktive Tuberkulose vorliegt, besagt die Reaktion nichts.

Dr. **J. Schereschewsky** (zurzeit an der Universitäts-Hautklinik in Berlin): **Praktische Ergebnisse der Chinin-Luesprophylaxe. in der Armee.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Verfasser hat schon vor mehr als 10 Jahren auf Grund experimenteller Untersuchungen an Affen eine hochwertige Chininsalbe als Prophylakticum gegen die Syphilis-Infektion empfohlen. Spätere Beobachtungen im kaiserlichen Findelhause zu Moskau an Ammen, welche der Infektion durch congenitalsyphilitische Säuglinge mit luetischen Mundaffektionen ausgesetzt sind, sprechen dafür, daß in der Tat die Chininsalbe einen wirksamen Schutz gegen die Infektion mit Lues gewährt. Während des Krieges hatte Verfasser Gelegenheit die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in einer russischen Armee zu organisieren und dabei seine Versuche mit Chininprophylaxe der Lues fortzusetzen. In allen Fällen, wo die Chininsalbe systematisch bei bestimmten Truppenteilen verwendet wurde, erfolgte keine Infektion. Wie Verfasser angibt, wird die Einführung eines Schutzbestecks vorbereitet, welches eine Chininsalbe in der als wirksam erprobten Stärke und Mischung, sowie ein Gonorrhoeprophylakticum — Choleval-Schutzstäbchen von Merck — enthält.

Prof. Dr. **W. Gaehtgens** (Hamburg): **Die Serodiagnostik der Syphilis mittels der Ausflockungsreaktion nach Sachs und Georgi.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Verfasser unterzog die von S a c h s und G e o r g i angegebene Ausflockungsreaktion an einem größeren Material einer Nachprüfung und fand eine weitgehende Uebereinstimmung (in 93 Proz.) im Ausfall zwischen der neuen Reaktion und der Wassermann'schen Reaktion. Die Sachs-Georgi'sche Reaktion sollte darum nicht als Ersatz, wohl aber als wertvolle Ergänzung und Verschärfung der Wassermannschen Reaktion neben dieser regelmäßig zur Anwendung kommen. Von entscheidender Bedeutung für den Ausfall der Reaktion ist die geeignete Bereitung und die richtige Verdünnungsart der Extrakte. Es empfiehlt sich, für jede Untersuchung mehrere verschiedenartige Extrakte gleichzeitig zu benutzen. Gegenüber der vorgeschriebenen 24 stündigen Beobachtungszeit empfiehlt Verfasser eine 48 stündige, weil in dieser Zeit sich einerseits schwach positive und zweifelhafte Ergebnisse meist deutlich verstärken, andererseits die in seltenen Fällen beobachtete unspezifische Ausflockung nach längerem Aufenthalt im Brutschrank wieder verschwindet. Durch 20 Minuten langes Zentrifugieren bei mittlerer Umdrehungszahl läßt sich nicht nur der Ablauf der Reaktion abkürzen, sondern auch der Grad der Präzipitation verstärken.

Dr. **Kurt Scheer** (Frankfurt a. M.): **Die Bedeutung der Sachs-Georgi'schen Reaktion für die Luesdiagnostik im Kindesalter.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Verfasser prüfte an einer größeren Zahl von Säuglingen und älteren Kindern die neue Serumreaktion von S a c h s und G e o r g i im Vergleich zur Wassermann-Reaktion und fand in 93,5 Proz. einen übereinstimmenden Ausfall beider Reaktionen. Die S a c h s - G e o r g i ' sche Reaktion scheint demnach für die Luesdiagnostik praktisch brauchbar zu sein. Sie läßt sich, wie Verfasser gefunden hat, auch sehr gut als Mikromethode verwenden wobei man eine Leukocytenpipette benutzt. wie sie zum Zählen der weißen Blutkörperchen dient. Man braucht dann im ganzen nur 0,006 ccm Serum für eine Untersuchung mit 2 Extrakten und einer Serumkontrolle. Gerade bei Frühgeburten und Säuglingen ist es oft nicht leicht, die zur W a s s e r m a n n ' schen Reaktion erforderlichen Mengen Blut zu erhalten. Darum empfiehlt Verfasser für diese Fälle die S a c h s - G e o r g i ' s c h e Reaktion in Form der Mikromethode. Das Blut wird durch Stich in die Ferse mit einer Lanzette gewonnen.

Prof. **Perthes** (Tübingen): **Beobachtungen bei elektrischer Reizung freigelegter verletzter Nerven im Vergleich mit dem neurologischen und histologischen Befunde.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verfasser zu folgenden Ergebnissen: Die jungen Nervenfasern, welche sich infolge von Nervendurchtrennungen und auch infolge von Schädigungen mit Erhaltung der Kontinuität nach voraufgegangener Degeneration der alten Fasern entwickeln, sind vor Abschluß der Regeneration nur mit größerer Stromdichte erregbar als normale Fasern. Verletzte Nerven sind deshalb in der Periode der Regeneration oft bei direkter Freilegung faradisch erregbar, auch wenn sie bei neurologischer Untersuchung völlige Entartungsreaktion zeigten. Fälle, in denen Reaktion der freigelegten Nerven nur peripherisch nicht aber zentral von der Verletzungsstelle gefunden wurde, sprechen für eine Mitbeteiligung der Elemente des peripherischen Nervenabschnittes an der Regeneration. Es gibt Bedingungen, unter denen anatomische Wiederherstellung der Nervenfasern nicht zur vollen Leitfähigkeit der regenerierten Fasern führt. Die Forderung der Resektion dichter Narben, welche Defekte des ganzen Nerven oder einzelner Kabel ausfüllen mit folgender Nervennaht, besteht deshalb trotz dem Nachweis von regenerierten Fasern in solchen Fällen zu Recht.

Dr. **Fritz Kalberlah** (Frankfurt a. M.): **Die Behandlung der multiplen Sklerose mit Silbersalvarsan-Natrium.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 32.)

Verfasser behandelte eine Anzahl von Kranken mit multipler Sklerose mit Silbersalvarsan, von der Erwägung ausgehend, daß früher Arg. nitric. bei dieser Krankheit angewendet wurde, während neuerdings auch Neosalvarsan dabei empfohlen wurde. Das Silbersalvarsan wurde intravenös 1—2wöchentlich in der Dosis 0,1—0,15 g, in 10 ccm destilliertem Wasser gelöst angewendet. Höhere Dosen wirkten, besonders bei schweren Fällen von multipler Sklerose, entschieden ungünstig. In den angegebenen Dosen dagegen wurde Silbersalvarsan gut vertragen, besonders wenn die Injektion langsam ausgeführt wurde. Verfasser berichtet über 9 Fälle teils frischer, teils mehr oder weniger alter Erkrankung. In den ganz frischen Fällen gelang es durch das Silbersalvarsan eine ganze Anzahl von motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen zum Verschwinden zu bringen, und eine wenigstens vorläufige Heilung, resp. eine fast an Heilung grenzende sehr weitgehende Besserung herbeizuführen, während in den älteren Fällen besonders die spastisch-paretischen Erscheinungen von seiten der Beine und die Ataxie und damit die Gehfähigkeit erheblich gebessert wurden. Die Störungen von seiten der Reflexe blieben dagegen unbeeinflußt, ebenso in den meisten Fällen die Blasenschwäche. Kein nennenswerter Erfolg wurde erzielt in den alten Fällen, in denen der Beginn schon viele Jahre zurücklag und die ausgesprochen chronisch verlaufen waren, besonders wenn sich phychische Anomalien (Demenz mit Euphosie) und Sprachstörungen eingestellt hatten. Die Schädigungen des Opticus zeigten keine Aenderung, wenn schon Atrophie eingetreten war; in einem Fall schritt sogar die Erblindung rasch weiter fort, während in einem anderen ganz frischen akuten Fall ein großes zentrales Skotom und die Amblyopie vollständig zurückging. Der Allgemeinzustand besserte sich fast immer. Sollte es sich, wie manche annehmen, bei der multiplen Sklerose um eine Infektionskrankheit, und zwar um eine Spirillose, handeln, so würde sich die Wirkung des Silbersalvarsans erklären.

Dr. **D. Klinkert** (Rotterdam): **Die Pathogenese der sogenannten primären Hypertonie.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Die Frage über den Zusammenhang von Hypertonie und Schrumpfniere kann nach Verf. wie folgt gestellt werden. 1. Bildet Hypertonie die Ursache dieser allgemeinen Gefäß- und Nierensklerose? 2. Wird umgekehrt Hypertonie durch diese allgemeine Gefäßsklerose verursacht? 3. Tritt diese Sklerose der feinen Nierenarterien und Kapillaren primär auf und wird infolge von Niereninsufficienz der Blutdruck stärker und erkrank sekundär das weitere Gefäßsystem? Verfasser bestimmte nun bei einer Anzahl von Patienten mit Symptomen, die auf einen erhöhten Blutdruck deuteten, nicht nur diesen, sondern auch die Konstante von A m b a r d, um sich ein genaues Bild von ihrer Nierenfunktion zu machen. Bei 25 derartigen Patienten fand sich die A m b a r d ' sche Konstante meist sehr erheblich erhöht, desgleichen der Blutdruck, der Harn enthielt in den meisten Fällen Spuren von Eiweiß, manchmal etwas mehr, nur in einzelnen Fällen wurde kein Eiweiß gefunden. Die Erhöhung der A m b a r d ' schen Konstante bedeutet bekanntlich eine Störung der Nierenfunktion hinsichtlich der Stickstoffausscheidung. Nach Verfasser lag bei diesen Patienten schon wirkliche Schrumpfniere vor. Der hohe Blutdruck ist erst die Folge. Unter den

Patienten des Verfassers war auch ein Mädchen von 20 Jahren mit einem Blutdruck von 205 mm und normalem Stickstoffgehalt des Blutes, dagegen einer Ambard'schen Konstante 0,151 (normal ist 0,06—0,08). Es handelt sich hier demnach nicht um eine primäre Hypertonie, sondern um eine Schrumpfniere unbekannter Aetiologie. Die Ergebnisse des Verfassers an diesen 25 Patienten sprechen stark für die alte Auffassung, daß die Hypertonie als die Folge eines Nierenleidens, einer gestörten Nierenfunktion zu betrachten ist.

Dr. **Robert Fritzsche** (Basel): **Ueber tödliche primäre parenchymatöse Magenblutungen.** (Berliner klin. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Im allgemeinen finden wir als Ursache von Magenblutungen anatomische Veränderungen, in erster Linie ulcus simplex und Karzinom, ferner punktförmige Schleimhautblutungen oder eigentliche hämorrhagische Erosionen. Auch wird gelegentlich ein geplatzter Varix oder ein geborstenes Arterienaneurysma als Quelle einer tödlichen Magenblutung entdeckt usw. Die punktförmigen Schleimhautblutungen und hämorrhagischen Erosionen verdanken ihre Entstehung meist einer außerhalb des Magens liegenden Ursache. Bei der Sektion können aber auch die erwarteten Schleimhautblutungen oder hämorrhagischen Erosionen ganz fehlen; es handelt sich dann um eine parenchymatöse Blutung. Hierzu gehören auch die mit der Menstruation in Zusammenhang stehenden, ferner die bei Hysterie ohne Zusammenhang mit den Menses vorkommenden Magenblutungen. Ganz selten kommen parenchymatöse Magenblutungen vor, bei denen eine örtliche oder allgemeine Ursache weder klinisch noch pathologisch-anatomisch gefunden wird. Verfasser berichtet ausführlich über zwei derartige Fälle. Es handelte sich um Frauen im Alter von 38 und 42 Jahren, welche im Anschluß an schwere Magenblutungen starben. Im ersten Fall trat wiederholt im Laufe einiger Tage Bluterbrechen auf, nach 6tägiger Dauer der Erkrankung starb die Kranke. Im zweiten Falle trat der Tod schon 4 Stunden nach Beginn des Bluterbrechens ein. In beiden Fällen konnte nicht einmal die histologische Untersuchung eine örtliche Veränderung der Magenschleimhaut als Quelle der Blutung aufdecken. Auch eine entferntere Organveränderung oder eine Allgemeinkrankheit fand sich nicht, somit muß man in beiden Fällen nach Verf. von einer parenchymatösen Magenblutung ohne erkennbare Ursache sprechen.

Dr. **F. Oehlecker** (Hamburg-Barmbeck): **Direkte Bluttransfusion von Vene zu Vene bei perniziöser Anämie.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Verfasser hat eine Methode der direkten Transfusion von Blut von Vene zu Vene ausgearbeitet, welche er bisher in 47 Fällen mit Erfolg zur Anwendung gebracht hat. Ein bogenförmiges Metallrohr mit einem Zweiwegehahn ist mit 2 Glaskanülen verbunden, die in die Vene des Empfängers und des Spenders sicher eingeknüpft werden. Seitlich an dem Metallhahn ist ein Ansatz für eine Glasspritze. Aus der gestauten Vene des Spenders wird das Blut angesaugt, der Hahn wird umgestellt und das Blut wird sofort dem Empfänger eingespritzt. Es werden jedesmal mit der Spritze 50 ccm Blut in 10—16 Sekunden in den fremden Kreislauf übergeführt. Bei jeder Transfusion wurden 500—1000 ccm Blut übergeleitet. Die Technik ist einfach, beim Spender braucht nur eine Vene freigelegt zu werden. Derselbe Spender kann mehrere Male zur Transfusion herangezogen werden. Am Schlusse der Transfusion wird nach Abnahme der Staubinde dem Spender sofort 1 Liter Kochsalzlösung oder Ringer'sche Lösung eingespritzt. Außer bei sekundären Anämien nach Blutverlusten, vor Operationen hat Verfasser das Verfahren in 17 Fällen von perniciöser Anämie zur Anwendung gebracht. Vor jeder Transfusion soll das Blut des Spenders und des Empfängers auf gegenseitige Hämolyse und Agglutination untersucht werden. Die Fälle von perniciöser Anämie waren meist schon längere Zeit mit anderen Mitteln, auch mit intramuskulären Blutinjektionen ohne Erfolg behandelt worden. Bei mehreren Fällen, die schon fast moribund waren, wurde nur eine Besserung für einige Tage erzielt. Bei den übrigen Kranken wurden vorübergehende Erfolge oder auch weitgehende Besserungen erzielt, so daß die Kranken für längere Zeit wieder arbeitsfähig wurden. Bei einem Kranken wurde nach einer Transfusion noch die Milz exstirpiert. Im allgemeinen empfiehlt Verf. bei jeder Transfusion möglichst große Blutmengen zu transfundieren. Nach Verfasser soll bei perniciöser Anämie die direkte Bluttransfusion angewendet werden, wenn die streng durchgeführte interne Behandlung keine Besserung herbeiführt.

Dr. **Siegfried Ostrowski** (Berlin-Grunewald): **Ueber die Entstehung von Gasbrand nach Koffeïninjektionen.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Den von verschiedenen Seiten neuerdings mitgeteilten Fällen von Gasphlegmone nach subkutanen Koffeïninjektionen fügt Verfasser 4 weitere Fälle hinzu, von denen er selbst drei beobachtete, der vierte von einem anderen Kollegn ihm mitgeteilt wurde. In den beiden ersten Fällen handelte es sich um russische Kriegsgefangene, die an schweren auf Avitaminose beruhenden Oedemen und Höhlenhydrops mit hämorrhagischer Diathese litten. Die Gasphlegmone führte bei dem einen Kranken 24 Stunden, bei dem anderen 28 Stunden nach der Einspritzung zum Tode. Der dritte Fall betraf einen 38jährigen Landsturmmann mit schwerer, grippöser, doppelseitiger Unterlappenpneumonie. Hier entwickelte sich nach je einer Injektion von Coffeïn natr. salicylic. in den linken Oberarm und linken Oberschenkel an beiden Extremitäten von den Einstichstellen aus eine schnell sich ausbreitende Gasphlegmone, die in 20 Stunden zum Tode führte. Im 4. Fall entwickelte sich bei einem typhuskranken Frontsoldaten nach einer Koffeïneinspritzung unter die Haut des linken Oberschenkels von der Einstichstelle aus eine in 30 Stunden zum Tode führende Gasphlegmone. Die benutzten Koffeïnlösungen waren steril. Verfasser hält es für möglich, daß die Gasbranderreger in allen diesen Fällen schon im Blute der Kranken vorher gekreist haben (ev. vom Darm aus eingewandert). Dann würde die Nekroseerregende Wirkung des Koffeïns auf die Muskulatur, aber auch auf die Haut und die Fascien, die Ansiedlung der Gasbranderreger an der Injektionsstelle begünstigen. Schließlich kommt noch der Umstand hinzu, daß es sich in allen Fällen um Kranke handelte, deren Gewebe entweder durch schwere Ernährungsstörung oder schwere Infekte in ihrer Vitalität äußerst geschädigt waren. —

Dr. **Fr. Kaiser** (Halle a. S.): **Ueber Hernia obturatoria.** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 31.)

Aus Anlaß eines von ihm beobachteten Falles bespricht Verfasser die Symptomatologie und Therapie des eingeklemmten obturatorischen Bruches. Die Symptome sind folgende: 1. Allgemeine Symptome der Einklemmung; meist wird nur die Diagnose: Ileus aus unbekannter Ursache, oder Ileus durch innere Einklemmung gestellt. 2. Spontaner, lokaler Schmerz in der Schenkelbeuge mit Zwangsstellung des Beines in Beugung, Adduktion und Außenrotation. Dieses Symptom ist in etwa $^2/_3$ der Fälle vorhanden. 3. Vorwölbung und Druckschmerz unterhalb des medialen Leistenbanddrittels. Eine wirkliche Bruchgeschwulst ist in höchstens 30 Prozent der Fälle vorhanden, sie liegt tiefer und mehr nach unten und innen als die des Schenkelbruches; viel häufiger ist vor allem bei fettarmen Individuen, eine diffuse, unscharf begrenzte Vorwölbung. Abflachung im Skarpa'schen Dreieck vorhanden. 4. Das Howship-Romberg'sche Zeichen, d. i. Störungen im Gebiet des Nervus obturatorius, die durch Druck der Bruchgeschwulst auf den Nerv entstehen, im Anfang neuralgische Schmerzen an der Innenseite des Oberschenkels und Parästhesien in dem entsprechenden Hautgebiet später Lähmung der Adduktoren des Oberschenkels und Hypästhesie der Haut daselbst. Bei der Behandlung der eingeklemmten Hernia obturatoria kommt nur die Operation in Frage; früher war die Herniotomie von der Oberschenkelgegend aus die Methode der Wahl, gegenwärtig ist es die Laparotomie. Man kann auch beides kombinieren: zuerst die Laparotomie, dann die Herniotomie. Meist zwingt der bestehende Ileus zur Laparotomie, bei der Operation wird erst die Hernia obturatoria erkannt. Verfasser bespricht die für die Herniotomie und Laparotomie angegebenen Operationsmethoden und berichtet dann über einen von ihm operierten, eine 77jährige Frau betreffenden Fall von incarcerierter Hernia obturatoria, bei dem es in dem zuführenden Darmschenkel über dem Schnürring zur Perforation und zum Austritt von Darminhalt gekommen war. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes der Kranken verzichtete Verfasser auf die Lösung der Einklemmung und legte nur eine Anastomose zwischen der zuführenden und abführenden Darmschlinge an. Nach anfänglicher Besserung trat am fünften Tage nach der Operation der Tod ein. Die Sektion ergab geringe Mengen kotig-eitrigen Inhalts im Douglas und Beckenraum. Oberbauch frei von Peritonitis. Das Normalverfahren bei jeder Hernia obturatoria ist nach Verf. die mediane Laparotomie unterhalb des Nabels, ev. mit querer Einkerbung des Rectusansatzes am Schambein auf der kranken Seite; Versuch der Lösung der Einklemmung unter Entspannungsstellung des Beines, ev. auch unter stumpfer Dehnung des Bruchrings. Gelingt die Lösung nicht, so ist bei gutem Allgemeinzustand des Kranken der Bruchsack nunmehr vom Schenkel her freizulegen, die Schlinge durch Druck und Zug zu befreien und ev. zu resezieren. Bei schlechtem Allgemeinbefinden verzichtet man auf die Lösung, macht Enteroanastomose oder Kotfistel und tamponiert rings um die Einklemmung. Ist die Lösung gelungen, so ist die Bruchpforte zu verschließen, jedoch mit möglichst einfachem Verfahren, meist wird Vernähung des Bruchsackstumpfes mit der benachbarten Membrana obturatoria unter Vorziehung des ersteren möglich sein und genügen.

Privatdozent Dr. **W. Schoenfeld** (Würzburg): **Die Behandlung des weiblichen Trippers mit intramuskulären Injektionen von Kochsalzchlorkalziumlösung nach v. Szily und Stransky.** (Münch. med. Wochenschrift 1919 Nr. 32.)

Der Verfasser erzielte durch intramuskuläre Injektionen von 30proz. Kochsalzlösung mit 1proz. Chlorkalciumzusatz bei 36 Fällen von weiblichem Harnröhrentripper bezw. Tripper des Cervixkanals in 5,5 Proz. eine Heilung der Harnröhren- und Cervixblennorrhöe, in 11,1 Proz. der Cervixblennorrhöe allein. Hierzu kommen noch 4 nicht völlig sicher geheilte Fälle. Frischere Ansteckungen schienen durch die Methode leichter beeinflußbar zu sein. Die stark ausgeprägten Nebenwirkungen (Schmerz, Mattigkeit, Infiltrat- und Abszeßbildung) rechtfertigen nach Meinung des Verfassers im Verhältnis zur Wirksamkeit die weitere Anwendung des Verfahrens nicht, wenigstens nicht in seiner jetzigen Form. Die Wirkung kommt wahrscheinlich in ähnlicher Weise zustande wie die der von Klingmüller angegebenen Terpentininjektionen.

Prof. Dr. **Gilbert** (München): **Ueber Iritis septica.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 32.)

Während die diffus metastatischen Entzündungen der Regenbogenhaut bakteriellen Ursprungs im allgemeinen gutartig verlaufen, gibt es doch selten Fälle von reridivierender, vorwiegend eitriger Iritis, welche sehr schwer und ungünstig verlaufen. Verfasser bezeichnet diese Fälle als Iritis septica. Bei der Streptokokkensepsis besteht im allgemeinen keine Neigung zu metastatischen Eiterungen; entsprecehnd verlaufen bei Streptokokkeninfektion die Iritiden gutartig; dagegen ist für die Staphylokokkensepsis die Neigung zu den verschiedensten Eiterungen charakteristisch. So kommt auch bei Staphylokokkensepsis vorwiegend das rezidivierende Hypopyon kompliziert mit dichtester Glaskörpertrübung, also Zyklitis, mit neuritischer Sehnervenatrophie vor. In Anbetracht dieser Aetiologie hält es Verfasser für geboten, diese septischen Regenbogenhautentzündungen mit spezifischer Vakzine zu behandeln. Verfasser erzielte bei sehr vorgeschrittenen, seit Jahren bestehenden staphylogenen septischen Iritiden durch Anwendung der Opsonogen-Staphylokokken-Vakzine Besserungen. Er empfiehlt bei rezidivierender diffuser Iritis, auch wenn Furunkel und pustulöse Hausausschläge nicht vorliegen, eine diagnostische Opsonogeninjektion (½ ccm = 250 Millionen Keime) vorzunehmen und bei positiver Reaktion die übliche Opsonogenbehandlung zur Verhütung von Rückfällen anzuschließen. R. L.

II. Bücherschau.

Rentenkampfneurose (Unfallgesetzneurose). Von Sanitätsrat Dr. **I. Bresler,** Lüben in Schlesien. Halle a. S 1918. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. 46 S. 1,50 Mark

Vorliegende Abhandlung erscheint als Heft 6 des zehnten Bandes der „juristisch-psychiatrischen Grenzfragen". Als Beitrag zu dem viel erörterten Thema der Unfallneurosen, insbesondere über die Bedeutung der Unfallversicherungsgesetzgebung für die Entstehung dieses ganzen Krankheitsbildes, in welchem Begehrungsvorstellungen und Simulation die Hauptrolle spielen, bietet Verfasser Auszüge aus neueren Arbeiten und Gerichtsentscheidungen, in welchen Stellung zu den einschlägigen Fragen genommen wird. Auch auf die traumatischen Neurosen als Folge von Kriegsverletzungen und die Frage ihrer zweckmäßigsten Entschädigung (Kapitalabfindung oder Rente?) geht Verfasser ein und stellt einige gutachtliche Aeußerungen anerkannter Autoritäten über diese Dinge zusammen.

Die Wirkungen des Krieges auf das männliche Geschlechtsleben. Von Dr. **P. Lissmann,** Nervenarzt in München. München 1919. Verlag Otto Gmelin. 28 S.

Die kleine Arbeit beschäftigt sich in erster Linie mit der Frage der Folgen der erzwungenen sexuellen Abstinenz bei Kriegsteilnehmern, darüber hinaus behandelt sie noch weitere Einwirkungen der Kriegsverhältnisse auf das männliche Geschlechtsleben. Der Verfasser hatte Gelegenheit, während 3½ jähriger Tätigkeit als Frontarzt bei der Infanterie in vorderster Linie und in mehrmonatiger Kommandierung in verschiedenen Etappenlazaretten Erfahrungen über diese Fragen zu sammeln und gibt in der vorliegenden Schrift die Ergebnisse seiner Beobachtungen wieder.

Biologische Hygiene. Von Dr. **Bachmann,** Medizinalrat zu Hamm i. W. Zweite Bearbeitung. München 1918. Otto Gmelin. 29 S. 1,20 Mark.

Der Verfasser legt in dieser Schrift die leitenden Grundsätze der von ihm vor etwa 10 Jahren begründeten medizinisch-biologischen Gesellschaft nieder. Man kann sie kurz dahin zusammenfassen, daß ein Ausgleich zwischen den Lehren der Naturheilkunde und den gesicherten Ergebnissen der medizinischen Wissenschaft erstrebt wird. Insbesondere hinsichtlich der Bekämpfung der Infektionskrankheiten erkennt B. die Ergebnisse der bakteriologischen Forschungen an, auch lehnt er die Anwendung der Heilsera nicht grundsätzlich ab, bezüglich der Anwendung von Giften als Heilmittel bezeichnet er die Anschauungen der Naturheilkunde als geradezu unsinnig, er verwirft auch keineswegs die örtliche Behandlung von Krankheitsherden. Im Grunde genommen also ist sein Standpunkt gegenüber der „Schulmedizin" durchaus nicht so abweichend, wie er ihn selbst hinstellt; die Bedeutung einer einfachen Ernährung, der Nutzen der natürlichen Heilfaktoren (Luft und Licht, Sonnenbäder, Hydrotherapie), die Schädlichkeit der Genußgifte wird heute auch von der offiziellen Medizin gelehrt. R. L.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Nachfolger Orth's auf dem Lehrstuhl der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Lubarsch, feierte am 4. Januar d. J. seinen 60. Geburtstag; seine Assistenten und Mitarbeiter ehrten ihn aus dieser Veranlassung durch eine Festschrift. — Die Politik wird jetzt auch in die Hörsäle getragen. Als der vor einiger Zeit zum außerordentlichen Professor ernannte Prof. G. F. Nicolai, der während des Krieges wegen der offenen Bekundung seiner pazifistischen Gesinnung von der Militärbehörde gemaßregelt worden und in einem Flugzeug nach Dänemark entkommen war, mit Beginn des Wintersemesters seine Vorlesungen beginnen wollte, wurde er durch Demonstrationen eines Teiles der erschienenen Hörer, die an seiner politischen Richtung Anstoß nahmen, daran gehindert. Nicolai hat den Universitätssenat um Entscheidung in der Angelegenheit angerufen.

Minden. Dem Geh. Medizinalrat Prof. Rapmund wurde wurde aus Anlaß seines 50 jährigen Doktor- und Arztjubiläums vom Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenverein ein Betrag von 25 000 Mark als „Rapmund-Spende" überreicht, über dessen Zinsen der Jubilar zu Unterstützungszwecken frei verfügen kann.

Leipzig. Der Privatdozent der Chirurgie, Dr. Roderich Sievers, wurde zum außerordentlichen Professor ernannt. — Auch die hiesige medizinische Fakultät hat fortan das Recht, die Würde eines Doktors der Zahnheilkunde zu verleihen.

Wien. Dr. Samuel Bondi habilitierte sich für innere Medizin.

Edinburg. Der Pharmakologe und Physiologe Sir Thomas Fraser, ordentlicher Professor an der hiesigen Universität, ist im 79. Lebensjahr gestorben. Er ist besonders durch seine ausgedehnten Untersuchungen über die Wirkung der Alkaloide bekannt geworden.

Verschiedenes.

Berlin. In der Preußischen Landesversammlung wurde ein sozialdemokratischer Antrag eingebracht, bei der Reichsregierung dahin zu wirken, daß für alle Reichs- und Staatsbeamten eine Krankenkasse eingerichtet werde. — Die Berliner Stadtverordneten-Versammlung setzte die täglichen Verpflegungssätze in den städtischen Krankenhäusern auf 6 Mk. für Erwachsene, 4 Mk. für Kinder fest. Der Magistrat hatte 7 Mk. resp. 4,50 Mk. vorgeschlagen.

Dresden. Hier wird am 28.—30. März d. J. die Deutsche orthopädische Gesellschaft ihren 15. Kongreß abhalten, auf welchem zwar in erster Linie Probleme aus dem Gebiet der Kriegsorthopädie zur Besprechung kommen, daneben aber auch die Fortschritte der Friedensorthopädie Berücksichtigung finden sollen. Den Vorsitz führt A. Schanz (Dresden).

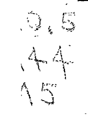
Bern. Nach einer Statistik des Schweizerischen Gesundheitsamts erkrankten vom Mai 1918 bis zum Juni 1919 ungefähr 2¼ Millionen Menschen in der Schweiz an Influenza, d. i. 56 Proz. der Bevölkerung. Die Letalität betrug 1,1 Proz., d. h. auf je 91 Erkrankungen entfiel 1 Todesfall.

Basel. Der große Rat des Kantons Basel-Stadt nahm in erster Lesung den Antrag an, die Fruchtabtreibung für straflos zu erklären, wenn sie bei ehelicher Schwangerschaft im gegenseitigen Einverständnis der Ehegatten, bei außerehelicher mit Zustimmung der Schwangeren erfolgt, in beiden Fällen unter der Voraussetzung, daß die Frucht nicht älter als 3 Monate ist. Die Basler gynäkologische Gesellschaft und die hiesige medizinische Gesellschaft haben sich gegen diesen Beschluß erklärt, nicht nur aus ethischen, sondern auch aus ärztlichen Gründen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang Berlin, 31. Januar 1920 No. 5



Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

89. Jahrgang Berlin, 31. Januar 1920 No. 5

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 70 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Prof. **G. L. Dreyfus** (Frankfurt a. M.): **Silbersalvarsan bei luetischen Erkrankungen des Nervensystems.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 31.)

Verfasser berichtet über seine Erfahrungen mit Silbersalvarsan bei luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Die besten Erfolge erzielte er bei 2 Kranken mit Lues des Zentralnervensystems im Frühstadium. Auch bei der Lues cerebrospinalis des Tertiärstadiums war der subjektive Erfolg des Silbersalvarsans ein sehr guter. Tabiker sind empfindlicher gegen das neue Mittel als gegen andere Salvarsanpräparate; jedoch vertrugen unter 33 Tabeskranken 25 das Silbersalvarsan gut, so daß die Kur damit durchgeführt werden konnte. In diesen Fällen wirkte das neue Mittel teilweise kräftiger auf die Tabessymptome als die früheren Salvarsanpräparate. Was die Dosierung anlangt, so kann man nach Verfasser bei klinischer Behandlung größere Dosen und diese rascher hintereinander geben, als bei ambulanter Behandlung. Im allgemeinen gebe man ambulant nur 2 Injektionen in der Woche. In allen Stadien der Lues des Zentralnervensystems beginne man mit 0,05 g, steige dann ev. nach 2—3 Tagen auf 0,075 g, dann gebe man allmählich 0,1, 0,15 und 0,2 g je nach Lage des Falles. Hatte der Kranke auf eine Einspritzung subjektiv (mit Kopfschmerz, Uebelkeit, Schwindel usw.), oder objektiv mit Fieber oder anderswie reagiert, so lasse man die Reaktion erst vollständig abklingen, injiziere erst nach 3 Tagen Wohlbefinden und beginne dann wieder mit kleinen Dosen wie zu Anfang der Kur. Ist man genötigt, die Behandlung in einer bestimmten Zeit zum Abschluß zu bringen, so kann man Neosalvarsan 0,3, 0,45 g oder Sulfoxylat 0,2, 0,3 g 1—2 mal dazwischen geben und dann mit größeren Silbersalvarsandosen (0,1—0,15 g) weiter behandeln. Bei Frühlues des Gehirns kann man bei kräftigen Individuen nach anfänglich vorsichtiger Dosierung 3 mal 0,25 g resp. 0,2 g in der Woche geben. Bei tertiärer Lues cerebrospinalis kann man 2 mal wöchentlich (nach einschleichenden Dosen) 0,15—0,2 g verabfolgen. Bei Tabes ist besonders vorsichtige Dosierung erforderlich. Nach anfänglich wiederholten, ganz kleinen Dosen, rät Verfasser, im allgemeinen in der Woche 0,2—0,3 g Silbersalvarsan (2—3 mal 0,1 g oder 2 mal 0,1—0,15 g) nicht zu überschreiten. Außer bei luetischen Erkrankungen wandte Verfasser das Silbersalvarsan an bei 6 Fällen von multipler Sklerose, unter denen vier unbeeinflußt blieben, zwei bedeutend gebessert wurden, ferner bei einer Kranken mit Polioencephalitis superior (mit schweren Augenmuskelstörungen und leichter Temperatursteigerung), welche nach 12 Silbersalvarsaneinspritzungen völlig geheilt wurde. Ein Fall von Landry'scher Paralyse ging trotz Silbersalvarsan in wenigen Tagen zu Grunde. — Erhebliche Nebenwirkungen sah Verfasser nur einmal (universelle Dermatitis mit hohem Fieber). Vasomotorische Störungen werden vermieden, wenn man die Silbersalvarsandosis in 25—30 ccm Wasser auflöst und möglichst langsam, 2—3 Minuten, einspritzt. —

Dr. **Nolten** (Düsseldorf): **Ueber Silbersalvarsan.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 36.)

Verfasser ist mit der Wirkung des Silbersalvarsans sehr zufrieden; es ist bequem in der Darreichung und nach den bisherigen Erfahrungen das energischste Antiluetikum, es wirkt auf alle Aeußerungen der Lues gewaltig ein, was Schwinden der Spirochäten, Rückbildung der klinischen Symptome und Umwandlung der Wassermann-Reaktion anlangt. Die Nebenerscheinungen sind geringfügiger Natur. In einigen vorher ungenügend behandelten Fällen von sekundärer Lues sah Verfasser nach der ersten Injektion eine starke Schwellung der Drüsen, die im Verlauf der weiteren Kur rasch zurückging. Bei Verwendung einer genügend großen Zahl von Silbersalvarsaninjektionen in Dosen von 0,1—0,3 g ist, wie Verfasser mit einer Anzahl anderer Autoren betont, die reine Salvarsantherapie, d. h. ohne gleichzeitige Anwendung von Hg, als die wirksamste anzusehen und allgemein zu empfehlen.

Prof. **A. Bittorf** (Breslau): **Nebennierentumor und Geschlechtsdrüsenausfall beim Manne.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Zwischen Nebennieren und Keimdrüsen bestehen enge Beziehungen. Das zeigt sich u. a. in dem Versagen der Geschlechtsfunktion, frühzeitiger Amenorrhoe bei Nebennierenatrophie und Addison'scher Krankheit. Ferner hat man Hypertrophie der Nebenniere (Rinde) bei Pseudohermaphroditismus femininus gefunden. Bei Kindern, vorwiegend Mädchen, führten Tumoren der Nebennierenrinde (bezw. Hypernephrome) bisweilen zu prämaturer Körper- und Genitalentwicklung besonders der sekundären Geschlechtscharaktere, oft zu starker Bartentwicklung bei Mädchen und zu Adipositas. Bei weiblichen Erwachsenen wurde bei Nebennierentumoren Zessieren der Menses, Uterusatrophie, Hypertrichosis nach männlichem Typus und Fettsucht beobachtet. Verfasser beobachtete nun bei einem 26 Jahre alten Manne mit einem Tumor der linken Nebenniere sowohl Aenderungen der sekundären Geschlechtscharaktere, wie auch Atrophie der Geschlechtsdrüsen. Beide Brüste waren sehr groß, von weiblicher Form und enthielten reichliches Drüsengewebe, die Hoden kaum erbsengroß. Der Blutdruck war leicht erhöht. In der linken oberen Bauchgegend war ein großer höckeriger Tumor unter dem Rippenbogen fühlbar, der als Nebennierentumor gedeutet wurde. Unter zunehmender Metastasenbildung (Leber) und Erscheinungen der Kompression der unteren Hohlvene trat der Tod ein. Die Sektion ergab in der Tat ein von der linken Nebenniere ausgehendes Hypernephrom.

Georg Eisel (Rostock): **Intraskrotale Kochsalzinjektionen zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Von Saudek wurde die Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung mittels intraskrotalen Injektionen versucht. Er benutzte zur Injektion Eigenserum, da Rudolf Müller Injektionen von Eigenserum in der Nähe von Entzündungsherden zur Schmerzstillung und Beförderung der Resorption empfohlen hatte. In der Rostocker dermatologischen Universitätsklinik wurde diese Behandlungsmethode der gonorrhoischen Epididymitis nachgeprüft. An Stelle von Eigenserum wurde jedoch ausschließlich sterile physiologische NaCl-Lösung in einer Menge von 10—15 ccm verwendet, die nach Einpinselung des Skrotums mit Jodtinktur am unteren Pol zwischen Skrotum und Tunica vaginalis eingespritzt wurde. Von möglichst nur einer Einstichstelle aus wird der Hoden auf diese Weise zirkulär in ein Wasserbett aus NaCl-Lösung eingelagert. Hierdurch tritt, wie die Erfahrungen des Verfassers ergeben, eine sofortige Schmerzlinderung ein; bei ganz frischen Fällen, die am ersten oder zweiten Tage dieser Behandlung unterzogen werden, kommt die Entzündung sofort zum Stillstand, nach 3—5 Tagen haben die Patienten keine Beschwerden mehr. Das NaCl-Oedem wird in 1—2 Tagen resorbiert. Bei schon längere Zeit, über 8—10 Tage bestehenden Entzündungen wurde eine resorptionsbefördernde Wirkung kaum beobachtet; dagegen war auch hier die schmerzstillende Wirkung sehr deutlich.

Dr. **Arthur Weiß** (Szeged, Ungarn): **Ueber subkutane Milchinjektionen in der Nachbarschaft gonorrhoischer Krankheitsherde.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Vor einiger Zeit empfahl Saudek die Einspritzung von menschlichem Eigenserum resp. von physiologischer Kochsalzlösung in die Nachbarschaft bei genorrhoischer Epididymitis. Verfasser nahm diese Behandlungsmethode bei Epididymitis und anderen gonorrhoischen Entzündungen auf, aber mit der Abänderung, daß er als Einspritzungsflüssigkeit Milch in der Menge von 5—10 ccm wählte. Bei mit Entzündung des Samenstrangs komplizierter Epididymitis ging er in der Weise vor, daß er den größeren Teil des Milchdepots in die Skrotalhaut, möglichst supratestikulär, den kleineren Teil entlang dem erkrankten Samenstrang hart oberhalb der Tunika einspritzte. Bei einem Fall von Periurethritis gonorrhoica acuta setzte Verfasser das Milchdepot zu beiden Seiten des Krankheitsherdes, hart unterhalb des inneren Präputialblattes, bei einem Fall von gonorrhoischer Schultergelenkentzündung hart oberhalb des Musculus deltoideus. In den meisten Fällen handelte es sich um Epididymitis gonorrhoica. Die Temperatur nach den Einspritzungen lag meist zwischen 38 und 39,2°. Eine in die Augen springende Wirkung der Einspritzungen ist die schon nach wenigen Minuten eintretende Schmerzlosigkeit. Die resorbierende Wirkung schien derjenigen nach intramuskulären Milcheinspritzungen im allgemeinen nicht nachzustehen. Auch Harnröhrenentzündung wurde in einigen Fällen günstig beeinflußt. In einigen Fällen bildeten sich in der Subkutis schmerzlose Infiltrate, welche sich mehr oder minder zurückbildeten, die Patienten nicht belästigten, allerdings die Beurteilung des Heilungsverlaufs für den Untersucher erschwerten. Bei zu starker Spannung der Haut über dem entzündeten Organ sind manchmal die lokalen Milchinjektionen erschwert; es empfiehlt sich dann, sie durch intramuskuläre Injektion zu ersetzen. Verfasser schlägt überhaupt vor, die erste Injektion von Milch unter allen Umständen in die Nachbarschaft der Krankheitsherde zu setzen, die nächstfolgenden jedoch intramuskulär zu applizieren und mit der Lokalbehandlung von Blase und Urethra möglichst frühzeitig zu beginnen.

Dr. **Otto Hirschberg** (Frankfurt a. M.): **Isolierte Luxation einer Beckenhälfte und Technik der Reposition.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Verfasser berichtet aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M. über den sehr sehr seltenen Fall einer Luxation der rechten Beckenhälfte ohne Fraktur bei einem 10jährigen Knaben. Die Verletzung kam dadurch zustande, daß der Knabe von einem schweren Rollwagen überfahren wurde. Es entstand hierdurch eine Ruptur der Symphyse in deren Mitte mit einer Diastase von 4,5 cm und eine Distorsion im rechten Sacroiliakalgelenk, so daß die rechte Beckenhälfte in einer gewissen Luxationsstellung nach hinten außen verschoben war; eine Fraktur des Beckens war weder klinisch noch röntgenoskopisch nachweisbar. Gleichzeitig bestand eine schwere Weichteilverletzung derart, daß die Blase aus dem Beckenbindegewebe rings herausgelöst wurde, ohne selbst zu zerreißen, während die Urethra dicht vor dem Trigonum einen Riß erhielt. Die Diastase der Symphyse durch Drahtnaht zu beseitigen, gelang in zwei Operationen nicht. Trotzdem hatte der Verletzte sich nach 1½ Monaten vollständig erholt und nur eine Urinfistel behalten. Selbstverständlich konnte er nicht stehen sondern war noch bettlägerig. Um die Diastase der Symphyse zu beseitigen, wurde ein Gipsverband in Form einer Gipshose um das Becken und die Oberschenkel gelegt, der mit Bandeisen und Hackenbruchschen Klammern vorn in der Symphysengegend versehen war. Vorn unter den Klammern wurde eine 6 cm-Lücke sagittal aus dem Gipsverband herausgeschnitten, so daß der Verband vorn klaffte, die Weichteilwunde freiließ und seine Stabilität durch die in den Klammern festsitzenden Bandeisen erhielt. Die Symphysenenden wurden nun dadurch einander allmählich angenähert, daß die Klammern täglich millimeterweise zusammengeschraubt wurden. Dies gelang ohne Schmerzen. Nach einem Monat wurde der Gipsverband abgenommen, die Diastase der Symphyse betrug nur noch 1½ cm, die rechte Beckenhälfte stand fast normal, das rechte Sacroiliakalgelenk klaffte noch etwas. Der Knabe konnte sofort stehen nach einiger Zeit war er wieder imstande, frei umherzugehen. Der Harnröhrenriß zeigt Neigung sich zu schließen, der größte Teil des Urins entleert sich durch die Harnröhre. Es bestehen noch an 2 Stellen der Harnröhre Strikturen.

Dr. med. **Friedrich Kach** (Hamburg-Barmbeck): **Ueber gelegentliche Gefahren kosmetischer Paraffininjektionen.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 34.)

Mehr oder weniger bedenkliche Folgeerscheinungen wurden nach zu kosmetischen Zwecken oder aus anderen Indikationen vorgenommenen Paraffininjektionen nicht selten beobachtet. Hierher gehören Erblindung eines Auges durch Embolie in die Art. centralis retinae, Lungen- und Gehirnembolien und Kollapszustände. Am Ort der Einspritzung kam es öfters zu schweren Eiterungen, Fistelbildung und Nekrosen. Einen derartigen, noch durch hinzutretende entferntere Nebenwirkungen komplizierten Fall hatte Verfasser Gelegenheit zu beobachten. Es handelte sich um eine 36 jährige Frau, bei welcher vor etwa 9 Jahren Paraffininjektionen in beide Brüste gemacht wurden. Später öffneten sich verschiedene Einstichstellen, es entleerten sich daraus Paraffinstückchen, flüssiges Paraffin und Eiter. Drei Jahre später begannen Schmerzen und Schwellungen in allen Fingergelenken, bald darauf in den Handgelenken, so daß die Frau arbeitsunfähig wurde. Nach kurzer Zeit wurden auch beide Ellbogen-, Schulter-, Hüft-, Knie-, Fuß- und alle Zehengelenke, zuletzt die Kiefergelenke befallen, so daß das Essen erschwert war. Dagegen gerichtete Behandlungsversuche blieben ohne Erfolg. Das Körpergewicht nahm ab, das Gedächtnis ließ nach, die Sprache wurde langsam und verwaschen. In diesem Zustand wurde die Kranke in das Barmbecker Krankenhaus aufgenommen. An beiden Brüsten waren zahlreiche rundliche und längliche Narben vorhanden, sowie rundliche und längliche Hautdefekte, die teilweise eitriges Sekret absonderten, teilweise mit eingetrocknetem Sekret bedeckt waren. Die Gelenke waren zwar nicht geschwollen oder entzündlich verändert, aber die Beweglichkeit war zum Teil erheblich eingeschränkt. Der psychische Status und die Sprache ließen an eine Paralyse denken. Nachdem Salizyl, Massage, elektrische Lichtbäder ohne Erfolg versucht waren, wurden der Kranken in zwei Operationen von Oberarzt Dr. Oehlecker beide Brustdrüsen entfernt und später die entstandenen Hautdefekte durch Thiersch'sche Transplantationen vom Oberschenkel gedeckt. Nach den Operationen besserte sich der Allgemeinzustand, die Sprache wurde wieder normal; die Schmerzen in den Gelenken ließen bald nach und kehrten auch später nicht wieder. Ein halbes Jahr nach der Operation erfreute sich die Frau eines blühenden Gesundheitszustandes.

Privatdozent Dr. **Franz Breslauer** (Berlin): **Die Gehirnerschütterung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Verfasser prüfte systematisch die Empfindlichkeit der einzelnen Gehirnteile gegen isolierte Gewalteinwirkungen. Die Versuche wurden am Hunde in Lokalanästhesie vorgenommen. Sämtliche akuten Kompressionsversuche der Großhirnrinde waren wirkungslos. Auch Kompression des Großhirns in seiner Gesamtheit führte nicht zur Bewußtlosigkeit. Dagegen fand sich Bewußtlosigkeit, von leichter Benommenheit bis zum tiefen Koma bei akuten Drucksteigerungen in der hinteren Schädelgrube, insbesondere an ihrer Basis. Durch Freilegen des Hirnstammes vom Rachen her gelang es, die Medulla oblongata als den empfindlichen Teil festzustellen. Das geringste Drucktrauma der Medulla oblongata erzeugt blitzartig nicht nur den bekannten Vaguskomplex, sondern auch sofortige Bewußtlosigkeit. Daraus ist nach Verfasser zu schließen, daß die Bewußtlosigkeit beim akuten Hirndruck kein Allgemeinsymptom des Großhirns ist, sondern ein Herdsymptom der Oblongata. Das klinische Bild der Gehirnerschütterung einschließlich der Bewußtlosigkeit entsteht also durch Druckschädigung des Hirnstammes am Boden der Rautengrube.

Dr. **Eugen Förster** (Bonn): **Einwirkung der Lumbalpunktion auf das weibliche Genitale?** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Ueber die Einwirkung der Lumbalpunktion auf die Funktion der weiblichen Geschlechtsorgane ist in der Literatur bisher nichts berichtet. Verfasser teilt daher 3 einschlägige Beobachtungen aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn mit: 1) Bei einer 28 jährigen Ehefrau, die an Lues litt, und nach 4 Fehlgeburten ein syphilitisches Kind geboren hatte wurde eine diagnostische Lumbalpunktion gemacht. In der auf die Punktion folgenden Nacht abortierte die Frau. 2) Bei einer 24 jährigen Kranken trat in der Nacht nach einer Lumbalpunktion in Skopolamin-Morphiumnarkose, bei der trotz 3 maligen Einstichs kein Liquor kam, nach 14 monatiger Pause die Menstruation wieder ein. 3) Bei einem 18 jährigen schwachsinnigen, im 7. bis 8. Monat schwangeren Mädchen wurde dagegen ohne jede Einwirkung auf die Geschlechtsorgane eine Lumbalpunktion ausgeführt. Verfasser hält zur Klärung der Frage etwaiger Nebenwirkungen der Lumbalpunktion auf das weibliche Genitale die Mitteilung weiterer Beobachtungen für wünschenswert.

Dr. **E. Vogt: Praktische Erfahrungen mit der Händedesinfektion nach Gocht.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Die von Gocht vor einigen Jahren angegebene Methode der Händedesinfektion besteht darin, daß die Hände angefeuchtet in Gipspulver eingetaucht und hierauf wie beim Gebrauch von Seife 10 Minuten lang unter einem Strahl warmen Wassers gewaschen werden. Dann werden die Gipsreste abgespült und Hände und Unterarme 3 Minuten lang mit 70 proz. Alkohol mittels eines sterilen Mulltupfers abgerieben. Sowohl die praktischen Erfahrungen Gochts wie spätere bakteriologische Nachprüfungen von Stahlschmidt und Neufeld haben die praktische Brauchbarkeit der Methode ergeben. Verfasser hatte als Chef eines Feldlazaretts in Rußland Gelegenheit, diese Methode der Händedesinfektion sowohl bei Operationen von Kriegsverletzten als auch bei geburtshilflichen, gynäkologischen und anderen Eingriffen in ausgedehntem Maße zu verwenden und ist mit ihr sehr zufrieden. Bei den geburtshilflichen Eingriffen kam es niemals zu einer Infektion. Neuerdings verwendet Gocht an Stelle von Gips Schwerspat (Baryumsulfat) und zwar mit gleich gutem Erfolg.

Dr. **Arnold Hahn** (Berlin): **Zur Frage der quantitativen Bestimmung des Harnstoffs im Urin mittels Urease.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Vor mehr als 5 Jahren hatte Verfasser folgendes Verfahren zur Bestimmung des Harnstoffs im Urin angegeben. Man nehme zwei Erlenmeyerkölbchen von etwa 50 ccm Inhalt, gebe in jedes 1 ccm Urin und 10 ccm Wasser, in das zweite Kölbchen außerdem noch etwa 0,01 g Urease (bei größerem U-Gehalt 0,02 g), verschließe beide gut mit passenden Gummistopfen und lasse sie über Nacht an lichtgeschütztem Ort bei Zimmertemperatur stehen. Am nächsten Tage vereinige man in jedem Kölbchen durch Neigen desselben isolierte Flüssigkeitstropfen an den Glaswänden mit der Hauptflüssigkeit, hierauf öffne man den Stopfen, setze zwei Tropfen Methylorange zu und titriere mit einer $n/_{10}$-Säure bis Orange. Die Differenz der gefundenen Kubikzentimeter in beiden Kölbchen mit 3 multipliziert gibt die Milligramme Harnstoff in 1 ccm Harn resp. die Zehntelprozente. In der vorliegenden Mitteilung verteidigt Verfasser das Verfahren gegen einige von anderer Seite erhobenen Einwände und zeigt an einigen Versuchsbeispielen, daß man damit recht exakte Ergebnisse erhält, sofern man bei der Bestimmung genügende Mengen Urease verwendet.

R. L.

II. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Eigenber. d. Allg. med. Centr.-Ztg.

Sitz. vom 19. I. 20.

Vorsitz: Herr Schwalbe.

Tagesordnung:

Eine Auswahl besonderer Magen-Röntgenbilder (Kaskaden-Magen).

Herr **J. Schütze:** Eine Abart der Sanduhr-Mägen ist der Kaskaden-Magen, der nicht selten vorkommt [Rieder]; er sah 30 Fälle im Kriege. Der Kaskaden-Magen besteht aus einer oberen Schale, nach deren Ueberfüllung durch die Kontrastmasse sich der zweite Teil füllt; nach Füllung des zweiten Teils füllt sich oft noch ein dritter Abschnitt. Faulhaber, Hänisch, Schmieden und Immelmann haben darauf hingewiesen; trotzdem ist diese Kenntnis nicht verbreitet. Der obere Teil im Bereich der Magenblase hat eine ballonartige Form; der zweite Teil ist schlauchförmig; er ist meist verkürzt und nach oben gezogen. Die Teile liegen in sagittaler Richtung vor-, selten nebeneinander. Der Magen tritt im Röntgenschirm am besten in frontaler Richtung (von rechts nach links betrachtet) in die Erscheinung. Der erste und zweite Abschnitt liegen in zwei verschiedenen Körperschnitten. Man muß eben in allen Richtungen durchleuchten. Auffällig ist Kugelform und Größe der Magenblase. Das Zwerchfell ist in die Höhe gedrängt. Der Kaskadenmagen beruht selten auf spastischer Basis; meist ist es Verwachsung strangförmiger Art oder Raffung, die ihn anatomisch begründet.

Aussprache:

Herr **Tugendreich** sah wenig solche Fälle; in zwei Fällen fand er auch Anomalien im Dickdarm; vielleicht sind diese kongenital.

Herr **Retzlaff** sah in der Krausschen Klinik einen ausgeprägten Fall bei einem bisher gesunden 32 jährigen Soldaten. Die Chirurgen durchleuchteten ihn vor der Operation nochmals, fanden nichts und bei der Operation eine Cholecystitis.

Herr **Umber** beseitigt solche Spasmen durch Injektionen von 1—2 mg Atropin ev. mit 5 cg Papaverin, die er 2—4 Tage lang wiederholt.

Herr **M. Cohn** sah seit 1905 nur 3—4 Fälle. Praktisch besteht kein Unterschied zwischen Sanduhr- und Kaskadenmagen.

Herr **Brugsch:** Meist handelt es sich wohl um Spasmen. Denn die Bilder wechseln von Tag zu Tag; nur eine eindeutige 3—5 malige Durchleuchtung bestätigt den Kaskadenmagen auf narbiger Grundlage, falls es nicht durch die Autopsie geschieht.

Herr **Plehn** hat wiederholt mehrere Tage nach der Atropin-Injektion solche Bilder nicht wiedergesehen. Auch in der Narkose und bei der Operation fand sich dann kein Sanduhrmagen.

Herr **Kuttner:** Die Beurteilung eines Sanduhrmagens hat ohne Atropin keine Bedeutung; auch wenn man es gibt, stellt sich zuweilen bei der Operation nur eine spastische Stenose heraus, die von einer Appendicitis, Cholecystitis u. a. reflektorisch ausgelöst ist.

Herr **J. Boas:** Ein Fortschritt ist in der Röntgenologie nur im Zusammenhalten mit den klinischen Bildern zu erzielen. Das ist gerade für den Ausbau eines neuen Krankheitsbildes notwendig.

Herr **Schütze** (Schlußwort) hat die klinische Seite wegen Zeitmangels nicht berührt. Das klinische Material ist stark durchgesiebt und stammt aus dem Krausschen Lazarett; es hat intensive klinische Beobachtung stattgehabt; die klinische Vorbehandlung wies auf schwerere Veränderungen hin. Das Probefrühstück konnte schon nach 20 Minuten nicht mehr herausgehebert werden. Im Darm hat Vortr. nichts Besonderes gefunden. In der Literatur wurden strangförmige Bildungen und ulceröse Prozesse gefunden. Drückt man auf den Probebrei, und schiebt sich etwas aus dem unteren Teile in die Höhe und in die große Curvatur schwindet, dann ist es kein anatomischer Kaskadenmagen. Er gab bisher nur in kleinen Dosen Atropin.

Die prophylaktische postoperative Krebsbehandlung.

Herr **F. Blumenthal:** Röntgenstrahlen schädigen die Tumorzellen mehr als die normalen. Darauf beruht die Röntgentherapie nach der Operation. Bisher gab es nur wenige Röntgen-Betriebe auf den Kliniken, dann fürchtete man die Nebenwirkungen, zumal Verbrennungen, die zu Krebs führen sollten, und schließlich waren die Leistungen der Apparate und der Technik mangelhaft. Auch Vortr. kann daher nur ein Teilurteil abgeben; er hat die Technik erst während der Behandlung erworben; er vermag daher über viel Mißerfolge zu berichten, Fehler, die sich in der Zukunft vermeiden lassen. Er berichtet nur über die Behandlung des Brustdrüsenkrebses; hier sind die Erfahrungen am reichsten; sie gelten aber nicht für Krebs des Magens und anderer Organe.

Der Krebs ist wohl anfangs lokal; sonst hätte die Nachbehandlung der Narbe keinen Sinn. Natürlich gibt es sehr schnelle Metastasierung von einer Stelle oder einem Organ zum andern. Die Operation kann daher nicht die Recidive und zumal die Metastasen verhüten. Vortr. verfügt über ein Mischresultat an Erfahrungen, denn er bekam Fälle von den verschiedensten Operationsstätten, die zum Teil schon vorbehandelt waren. Das Operationsergebnis ist sehr schlecht. 1915 hatte er unter 60 Operierten 45 Rückfälle, 1916 unter 63 noch 40, 1919 unter 60 deren 24; im ganzen gab es unter 324 Fällen noch 178 Rückfälle. Freilich kommen in sein Institut solche Fälle, in denen nach der Operation eine Neubildung auftrat; die dauernd geheilten Fälle kommen nicht. Daß es in den letzten Jahren weniger Rückfälle gab, spricht für die Erfolge der Nachbehandlung. Meist

treten die Rückfälle schon nach kurzer Zeit, innerhalb eines Jahres auf. Von 151 Fällen erkrankten 81 schon nach einem Jahre, nur in 46 Fällen trat der Rückfall später als nach zwei Jahren ein. Metastasen sind nicht seltener als die Rückfälle.

Die Bestrahlung kann die Krebszellen treffen; 1915 waren von 60 Fällen 18 bestrahlt worden, von 12 anderwärts Bestrahlten zeigten 3 Rückfälle, 7 Metastasen, nur 2 blieben gesund. 1916 waren es 17 Fälle; davon waren 9 anderwärts bestrahlt worden; es gab 3 Rückfälle, 8 Metastasen. Die Zahl der bestrahlten Fälle steigt in den folgenden Jahren an. Die Bestrahlung nimmt von Jahr zu Jahr zu. Die Resultate der Operation werden dadurch besser; es ist das eine Folge der Besserung der Apparate und der Technik. Vielleicht sind die Rückfälle auch seltener, weil die Beobachtungsdauer kürzer ist. Aber die ersteren treten vor allem in den ersten zwei Jahren auf. Aber diese Therapie garantiert keineswegs Rückfallfreiheit. Kaum daß eine Serie Bestrahlungen beendet ist, zeigen sich oft Rückfälle. Wir müssen also in kurzen Zeiträumen immer wieder die Kranken herbestellen, möglichst früh, nicht erst 3 Monate nach der Operation beginnen. Oftmals fand sich eine Pleuritis, die vielleicht carcinomatös ist. Gleich nach der Operation, ehe sich die Wunde geschlossen hat, beginne mat mit der Bestrahlung. Selbst während der Bestrahlung tritt Neubildung im bestrahlten Gebiet auf. Die Zellen wuchern weiter; die Röntgenstrahlen sollen die Krebsbildung veranlaßt haben: das ist also ein falscher Schluß. Denn der krebsigen Abartung geht ein chronisch entzündliches Stadium voraus. Anscheinend schädigen die Strahlen nur die fertigen Tumorzellen, hemmen aber nicht die Neigung normaler Zellen, sich in Krebszellen umzuwandeln. Mit der Umwandlungstendenz der Organe, in denen Krebs saß, müssen wir trotz der Bestrahlung rechnen. Man denkt hierbei an Störung des Jonen-Gleichgewichtes. So führt kalkreiche Nahrung Wachstumsrückgang, natronreiche eine Steigerung des Wachstums herbei. Lokale Rückfälle werden jedenfalls verhindert, Krebszellen getötet, und was sich neu bildet, zerstört. Allerdings wird der recidivierende Tumor für die Bestrahlung weniger empfänglich als der primäre, aber er ist nicht unempfindlich. Auch die scheinbar gesunde Brust ist zu prüfen; kleine recidivierende Knoten reagieren zuweilen besser auf Radium oder Thorium. Denn es ändert sich auch die Empfindlichkeit für die Art der Röntgen- und Radium-Strahlen. Schon die Aenderung der Filter ist zuweilen von Vorteil. Genaue Kenntnis der Apparatur der Röhren, genaue Einstellung des Apparates ist dringend nötig. Die Operation kann zumal bei Jugendlichen Krebskeime verimpfen, wobei die bösartigen Zellen besondere Neigung zu wuchern zeigen. Also müssen auch die benachbarten Drüsen etc. mitbestrahlt werden, desgleichen Pectoralis, Achseldrüsen, Schlüsselbeingruben und Brustbein. Der „Röntgen-Kater" beruht zum Teil auf einer Kachexie, diese wieder auf einer Resorption der Toxine des zerstörten Tumors, die zumal nach stundenlangen Bestrahlungen vorkommt. Das vermeidet Vortr. Denn die Massenresorption ist nicht unbedenklich und nicht nötig. Daneben gibt er Arsen; dieses ist ein Gegengift gegen die Krebskachexie. Das Leben wird auffallend verlängert. Vortr. benutzt mit gutem Erfolge Atoxyl mit arsenigsaurem Natron, täglich oder alle zwei Tage in steigender Dose intravenöser Injektion, im ganzen 12; nach einer 14tägigen Pause beginnt eine neue Kur. Nie fand sich eine böse Augenwirkung. Auch Solarson intravenös täglich oder zweitäglich stark eine Ampulle gegeben, war von Vorteil. Ueber die verstärkende Wirkung chemischer Mittel kann sich Vortr. nur mit Zurückhaltung äußern. Bisher fehlten einwandsfrei beobachtete Fälle.

Die Bestrahlung ist nicht die Lösung des Krebsproblems; alle anderen therapeutischen Richtungen sind in Angriff zu nehmen. Mode.

III. Bücherschau.

Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Herausgegeben von Prof. Dr. **Robert Sommer** in Gießen. X. Band. 4. Heft. Halle a. S. Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung 1919. 3 Mark.

Vorliegendes Heft der in zwanglosen Heften erscheinenden Zeitschrift enthält drei Arbeiten, die für weitere Kreise von Interesse sind. Zwei Arbeiten gehören dem Arbeitsgebiet der Psychologie an; es sind dies: Ueber den Wert der Intelligenzprüfungsmethode von Binet-Simon für klinische Zwecke (W. Sauerbrey), und: Tachistoskopische Untersuchungen über Auffassung bei Gesunden und Geisteskranken (Dr. Siwinski). Die dritte Arbeit vom Herausgeber selbst: Die Verwendung von Metallfedern zur Korrektur von Haltungen und Bewegungen, besonders der Kriegsverletzten, behandelt ein praktisches Thema aus dem Grenzgebiet der orthopädischen Chirurgie und Neurologie; sie ist aus der kriegsärztlichen Tätigkeit des Verfassers erwachsen.

Sympathieglaube und Sympathiekuren in Altertum und Neuzeit. Von Prof. Dr. **Eduard Stemplinger,** München. Verlag Otto Gmelin. 91 S. 5 Mark.

Auf verhältnismäßig engem Raum bringt die kleine Schrift ein reichhaltiges kulturhistorisches Material. Wer es noch nicht gewußt hat, kann aus dieser Schrift ersehen, daß Mystik und Wunderglauben von jeher in der Volksmedizin eine große Rolle gespielt haben, und daß Sympathiekuren, Gesundbeterei usw. keine Erfindungen unserer Zeit sind. Die äußere Form wechselt, der Kern bleibt derselbe. Interessant sind besonders die das Altertum betreffenden Abschnitte, aus denen hervorgeht, daß die antike Wissenschaft dem Sympathieglauben keineswegs ablehnend gegenüberstand, daß er vielmehr zum Teil in Zusammenhang steht mit den Lehren gewisser alter Philosophenschulen. Wer sich für die Geschichte der Volksmedizin interessiert, wird aus vorliegender Darstellung Anregung zu weiteren Studien auf diesem Gebiet schöpfen. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Dr. Paul Schuster der vor kurzem zum leitenden Arzt der neurologischen Abteilung des Friedrich-Wilhelm-Hospitals der Stadt Berlin gewählt worden ist, wurde zum Abteilungsvorsteher am Kaiser Wilhelms-Institut für Hirnforschung ernannt. — Der Zahnarzt Dr. med. Konrad Cohn hat einen Lehrauftrag für soziale Zahnheilkunde erhalten. — Prof. Nicolai, der, wie in voriger Nummer mitgeteilt, an der Aufnahme seiner Lehrtätigkeit durch Kundgebungen seitens eines Teiles der Medizinstudierenden verhindert wurde, hat vorläufig den Beginn seiner Vorlesungen ausgesetzt; durch einen Anschlag am schwarzen Brett teilte der Rektor der Universität mit, daß Prof. Nicolai ordnungs- und pflichtgemäß Schutz seiner Lehrtätigkeit zugesagt ist; bei dem notwendigen Vertrauensverhältnis zwischen Lehrern und Schülern scheine es dem Rektor jedoch ebenso wie Nicolai richtiger, von Zwangsmaßregeln abzusehen. — Vom Beginn des neuen Semesters ab tritt an den preußischen Universitäten eine Erhöhung der Kolleggebühren ein, die fortan 8 M. für die Wochenstunde betragen. Eine entsprechende Erhöhung der Gebühren findet auch für die praktischen Kurse und Uebungen statt.

Berlin. Die Preußische Staatsregierung hat dem Prof. F. F. Friedmann das Garnisonlazarett in Berlin, Schornhorststraße, als Institut zur Bekämpfung der Tuberkulose zur Verfügung gestellt. Dort wird Friedmann auch die Vorlesungen über seine Behandlungsmethode abhalten.

Prag. Prof. Dr. Richard Kahn wurde zum Vorstand des physiologischen Instituts in Sofia ernannt.

Verschiedenes.

Berlin. Die Deutsche Röntgengesellschaft hält hier ihren XI. Kongreß am 11. und 12. April d. J. im Langenbeck-Virchow-Haus ab. Vorträge sind bis zum 15. Februar d. J. bei dem Vorsitzenden Prof. Grashey (München, Chirurg. Universitätsklinik) anzumelden.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die Diphtherie-Heilsera mit den Kontrollnummern 1972 bis 2002 einschließlich, buchstäblich: „Eintausendneunhundertzweiundsiebzig bis zweitausendzwei", aus den Höchster Farbwerken, 359 bis 361 einschließlich, buchstäblich: „Dreihundertneunundfünfzig bis dreihunderteinundsechzig", aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt, 532 bis 543 einschließlich, buchstäblich: „Fünfhundertzweiunddreißig bis fünfhundertdreiundvierzig", aus dem Serumlaboratorium Ruete-Enoch in Hamburg, 109 bis 130 einschließlich, buchstäblich: „Einhundertneun bis einhundertdreißig", aus den Behringwerken in Marburg, 210 bis 222 einschließlich, buchstäblich: „Zweihundertzehn bis zweihundertzweiundzwanzig", aus dem Sächsischen Serumwerk in Dresden sind, soweit sie nicht bereits früher wegen Abschwächung usw. eingezogen sind, vom 1. Januar 1920 ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 3. Januar 1920.

Der Polizeipräsident.

Bekanntmachung.

Die Tetanus-Sera mit den Kontrollnummern neunhundertdreizehn bis eintausendneun einschließlich aus den Höchster Farbwerken in Höchst am Main, fünfhundertsiebenundzwanzig bis fünfhundertsiebzig einschließlich aus den Behringwerken in Harburg sind vom 1. Januar 1920 ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 3. Januar 1920.

Der Polizeipräsident.

Bekanntmachung.

Die am 1. Januar 1920 in Kraft getretene „Deutsche Arzneitaxe 1920" ist in der Weidmann'schen Buchhandlung hierselbst, Zimmerstr. 94, erschienen und daselbst käuflich zu haben.

Berlin, den 10. Junuar 1920.

Der Polizeipräsident. I. V.: Dr. Lehmann.

Personalien.

Preußen.

Ernannt: ao. Prof. an der Universität in Straßburg, Dr. Arndt zum ordentl. Professor in der medizin. Fakultät der Universität in Berlin; o. Prof. an der Universität in Straßburg Dr. Keibel zum ordentl. Prof. in der medizin. Fakultät der Universität in Königsberg i. Pr., Arzt Dr. J. Widmann in Münster i. W. zum Kreisass.-Arzt daselbst unter Ueberweis. an den Vorstand des dortigen Mediz.-Untersuchungsamtes als Assistent der Anstalt.

In den Ruhestand versetzt: Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. F. Tholen in Papenburg (Kr. Aschendorf).

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. R. Bergholz von Lasdehnen (Kr. Pillkallen), Dr. W. Hannig von Bruss (Kr. Konitz) Dr. W. Millies von Quickborn (Kr. Pinneberg), Dr. Grete Herrmschneider geb. Gumprich von Altona; Dr. F. Krensel von Beuthen O.-S.

Verzogen: Alb. Falk von Neukölln, Jul. Klose von Berlin, Dr. H. Lattoff von Charlottenburg, P. Sünner von Herzberge und Hans Thiele von Berlin-Lichterfelde nach Berlin-Schöneberg, Dr. Jul. Jacobsohn von Berlin, Dr. Gertrud Neuländer von Guben und Dr. Herm. Wentzel von Berlin-Friedenau nach Berlin-Wilmersdorf, Eugen Goldberg von Berlin-Schöneberg nach Ichenhausen (Bayern), Dr. A. Landecker von Charlottenburg nach Berlin-Lichtenberg, Dr. F. Fiebag von Eichenau nach Langendorf (Kr. Gleiwitz), Dr. J. Freericks von Neunkirchen (Saar) und Dr. L. Kleinschmidt von Hagen i. W. nach Essen (Ruhr), Dr. E. Zurhelle von Freiburg i. Br. und Ob.-St.-A. a. D. Dr. Friedr. Reuter von Monteningen b. Metz nach Bonn, Geh. San-Rat Dr. Wilh. Gericke von Berlin nach Eberswalde, Dr. A. Zink von Berlin-Wilmersdorf nach Nauen, Dr. Konr. Heinemann von Berlin-Schöneberg nach Straßburg U.M., Dr. R. Flamm von Lichtenrade nach Württemberg, Dr. Waldemar Löwenthal von Berlin-Lichterfelde nach Bern, Dr. H. Pohlkötter von Berlin-Wilmersdorf nach Werder a. H. Dr. L. Disqué von Rostock nach Potsdam, Dr. Ernst Michaelis von Berlin nach Nowawes b. Potsdam, Dr. E. Brietz von Nowawes nach Spandau.

Gestorben: Dr. Fritz Jahn in Wriezen, San.-Rat Dr. K. Longard in Aachen, Kreisarzt Med.-Rat Dr. R. Piezonka in Greifenberg i. Pomm., Dr. F. Bannes in Breslau Gen.-Ob.-A. a. D. Dr. Max Braune in Herrnstadt (Kr. Guhrau).

Eingeführte Kassenpackungen:

Blenno-Lenicet-Salbe 5 u. 10%; sezernierende Entzündungen, Kalkverletzungen. Bei Bl. adult. et neonat. neben Silbertherapie als Eiter coagulier. Hornhautschutz. Bei neonat. besond. als **Nachsalbe** — 2,25
Bolusal (Hyperazidität, Darmkatarrhe) — 1,—
Carbobolusal (neue Bezeichnung für **Bolusal mit Tierkohle**) (auch clysmatisch bei Ruhr, Colitis ulc., Cholera; — Gallen-Blasenbeschwerden, Magen-Darmgärung) — 1,50
Buccosperin *). Reizlos prompt schmerzstill. **Antigonorrhoicum, Harn-Antisepticum** v. diuretisch., harnsäurelös. u. die Darmperistaltik anregender Wirkung. Auch bei **Harngrieß;** Gicht neben Rheumasan 2—3stündlich 1 Kapsel.
*) (Dünndarmkapseln aus Hexam. tetram., Bals. Copaiv. puriss., Salol, Acid. benzoic., — salicyl., — camphoric., Extr. Bucco.) 40 Tabletten — 7,50
Chrysarobin-Dermasan (Psoriasis, Ekz. pap.) } Hervorragende **Tiefenwirkg.** — 3,20
Chrysarobin-Teer-Dermasan (Chron. Ekzeme) } — 3,20
Ester-Dermasan (verstärktes Rheumasan) (Phlebit., Gichtknoten, Arthritis def., tabische Schmerzen, Adnexerkrank., Sohlenschmerzen, Schwielen) — 2,50
Ester-Dermasan-Vaginal-Tabletten (CO_2) (Adnex, Fluor) 12 St. — 2,50
Formaldehyd-Lenicet-Puder, bei starkem Schweiß — 2,25
Jod-Dermasan (kräftigstes Resorbens, z. B. Drüsen) — 3,20
Kupfer-Dermasan mit „Tiefenwirkung"; Lupus — 4,50
Leni-Laxanin-Pillen (2—4 St.) Stuhl regulierend . . . 50 Pill. — 2,—
*) **Lenicet-Bolus** 20%, steril. u. **Vaginal-Tabl.** (CO_2) } Vaginal- usw. Katarrhe — Wunden — 1,50
Lenicet-Bolus c. Argt. 1/2%, steril. u. **Vagin.-Tabl.** (CO_2) — 3,50
Lenicet-Bolus c. Jod 1%, steril — 3,50
Lenicet-Bolus c. Peroxyd. 5%, oder c. Milchsäure — 2,75
Lenicet-Brandbinde (reizlos, nicht festbackend) — 2,60
Lenicet-Hautkrem (Lenikrem), Haut- und Kühlsalbe bei Intertrigo, Sonnenbrand und für Augen . . . Tube — 3,75
Lenicet-Kinderpuder (Lenicet-Streupulver) 5% . . . Beutel 35 g — —,50
Beutel 100 g — 1.20
Lenicet-Mundwasser (Pulverform); tägl. Gebrauch, Mund- und Nasenspülung. Prophylacticum: Infektionskrankheiten, auch zur Inhalation bei Katarrhen. Ungelöst **geschnupft** bei Kopfschmerz u. trockenen Katarrhen, sowie z. Zahnfleischmassage u. Reinig. künstl. Gebisse Dose — 2,50
Lenicet-Paste (wird Zinkpaste vorgezogen; farblos) . . . Tube — 2,40
Lenicet-Salbe (Wund-, Augen-, Massagesalbe) 1/1 Dose **3,—**, 1/2 **1,50**, 1/4 — —,75
Lenicet-Silberpuder 1/2% (Ekzema exfoliat., Ulc. cruris usw.) — 2,50
Lenicet-Streupulver 50% (Schweiß, nässende Wunden) . . . 90,0 — 3,—
Lenicet-Wund- u. Schweißpuder (Lenicet-Streupulver 20%) (Hautschutz-Dauerverband) . . . Kassenpackung, Beutel ca. 100,0 — 1,50
Lenicet-Zäpfchen (Torpedoform), Haemorrhoiden . . . 6 Stück — 4,—
Lenicet-Belladonna-Zäpfchen (Torpedof.) Tenesmus, Haemorrh. 6 St. — 4,50
Lenirenin (staubfrei) Acute Rhinitis, Heu-Jodschnupfen, Blepharitis, Otitiden, Nasen-Zahnblutungen. Dolor post extractionem — 1,80
Lenirenin-Salbe Kleine Chirurgie, Nasensalbe, Haemorrhoiden) — 3,—
Lenirenin-Belladonna-Salbe (Haemorrhoiden. Tenesmus) — 3,50
Lenirenin-Suppositorien (Torpedoform) Haemorrhoidal-Blut. 6 Stück — 5,—
Liquat-Salz: Wirkung wie Liq. alum. acet. (zum Auflösen) — 1,50
Peru-Lenicet-Kompresse (Ulcus crur.) — 1,50
Peru-Lenicet-Pulver (Peru-Len. Bolus) (Ulc. cr., Prurit.) . Streudose — 2,50
Peru-Lenicet-Salbe (Wunden, Haemorrh, Ekz.) . . 1/1 = **2,40**, 1/2 = — 1,75
Rheumasan, Rheumatismus, Ischias, Neuralgien, Influenza usw. Auch geg. Sohlenschmerzen, Schwielen; feuchte, kalte Füße (Berlin usw. M. **1,28**) — 1,70
Teer-Dermasan (chronische Ekzeme). Hervorrag. **Tiefenwirkung** — 3,20
Uro-Lenicet-Tabletten (Urotropin. Lenicet āā 0,25) Gallen-Blasenantisept., Grippe, Typhus-, Erkältungskrankh. (frei von Nebenwirkung!), Oxyuriasis . . . 30 Tabletten à 0,5 — 2,50

*) **Siccotubus** wieder da! Literatur und Präparate-Proben.

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik,
Charlottenburg 4/C.

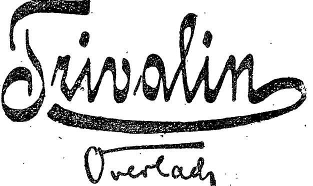
Patienten-Journal

Allgemeine ärztliche Buchführung

Probeformulare versendet **Verlag Oscar Coblentz, Berlin W 30.**







(Morphin-Koffein-Kokain-Isovalerianat.)
1 ccm Trivalin = 0,01935 Morph. val., 0,0037 Coff. val., 0,00506 Coc. val.

Schmerzstillendes Mittel Schonung für Herz, Atemzentrum und Verdauung. Zuverlässiges Tonikum d. Nerven bei Erregungs- und Angstzuständen.

Dosis:
1/2—1/1 Pravazspritze
1—3 mal täglich.

Kartons mit 6 und 12 Ampullen. Gläser zu 10 und 20 ccm.
Krankenhauspackung zu 100 ccm und zu 50 Ampullen.
Tabletten: 1 Originalröhrchen 12 Stück, 1 Originalflakon 50 Stück.

Vasotonin

(Urethan-Yohimbinnitrat)

Originalkarton: 10 Amp. zu 1,2 ccm (1/2 Pravazspritze)

Klinisch erprobt und laut umfangreicher Literatur aus ersten Kliniken empfohlen als blutdruckherabsetzendes, gefässerweiterndes Mittel, daher indiziert bei

Arteriosklerose

Angina pectoris, Asthma bronchiale, Myokarditis usw.

Literatur und Proben stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Telegr.-Adresse: TETENAL-BERLIN. **Theodor Teichgraeber A. G., Berlin S. 59 u. Königsberg i. Pr.**

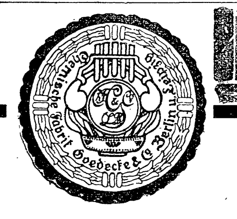
Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang — Berlin, 7. Februar 1920 — No. 6

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung



TERPICHIN

(Terpentin - Chinin - Injektion)

mit größtem Erfolge angewendet bei:

Infektiösen Hautkrankheiten, Sykosis, Trichophytie, Drüsenerkrankungen, Ulcera cruris, Gonorrhoe, gonorrhoischen Komplikationen, Cystitis, Pyelitis, Adnexerkrankungen usw.

Vorzüge der Terpichin-Injektion:

1. Vollkommene Schmerzlosigkeit,
2. Unbedingte Vermeidung von Infiltraten und sonstigen Nebenerscheinungen,
3. Prompte Wirkung.

Literatur und Versuchsmengen stehen den Herren Aerzten zur Verfügung

Chemisches Institut

Dr. Ludwig Oestreicher, Berlin W 35

Lützow-Strasse 89/90.

Blankenburg a. H.

Sanatorium Dr. Matthes (EYSELEIN) für Nervenleidende u. Erholungsbedürftige

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospekte durch die Verwaltung.

Erfolg garantiert!

Der **Kraft-Schokoladenwürfel „Ovaron"** (ges. gesch.) ist eine Energiequelle von größter Bedeutung und unentbehrlich für die Ernährung des menschlichen Körpers.

„Ovaron" enthält: 1. Besten Kakao und Zucker. 2. Eisenmanganpepton. 3. Glykogen.

Karton 100 Würfel **M. 50.—**. Versand per Nachnahme. 2 Muster gegen Voreinsendung von M. 1.—. **Prospekt kostenlos.**

C. Hauer & Co., Hamburg 11, Holzbrücke 2.

ZITTMANNIN (tabl. 0,3) — **Das alte bekannte Decoct. Sarsaparillae compositum (Zittmanni) in moderner, genau dosierter Form.**

Eine Nachkur während der Karenzzeit nach vorausgegangener Quecksilber- oder Salvarsan-Behandlung, Behandlung der nach Quecksilber auftretenden Störungen (Eczeme, Stomatitis). Dauer der Kur 4 bis 6 Wochen, 3×2 bis 3×4 Tabl. täglich.

Zittmannin kommt in Schachteln zu 40 und 80 Tabletten in den Handel und ist durch alle Apotheken erhältlich. Literatur u. Proben zu Diensten.

Fabrik: **SARSA, chem. pharm. G. m. b. H., Berlin 6, Karlstr. 31.**

Leukrol

altbewährtes Mittel gegen **Blutarmut, Bleichsucht, Weißfluß, Nervenschwäche,** speziell bei Frauenleiden

Röhre zu 20 Tabletten . . . . . . Mk. 3,50
Orig.-Flasche 100 g . . . . Mk. 6.—
„ „ 200 g . . . . Mk. 11.—

Thiovinal

leicht schleimlösendes Mittel bei akuten und chronischen Erkrankungen der Luftwege, Influenza, Grippe und deren Folgeerscheinungen

Schraubgläser zu 45 Tabletten . Mk. 6.—
Orig.-Flasche 125 g . . . . Mk. 6.—
Prospekte und Proben auf Wunsch

Chemische Fabrik Erfurt, G. m. b. H., Erfurt-Nord

Urtiarsyl

Spezifikum gegen Gicht

auf der Grundlage von arseniger und Ameisensäure in Ampullen

nach der jahrelang bewährten Methode des

Geh. San.-Rat Dr. Gemmel

Badearzt in Bad Salzschlirf.

Indikationen: Akute und subakute Gicht, chronische und irreguläre Gichtformen (sogen. chronischer Rheumatismus), neuralgische Form der Gicht, Pseudoischias usw.

Bequeme und schmerzlose Anwendung. Ambulante Behandlung.

Ausführliche Literatur zu Diensten.

Preis einer Injektionskur von 18 Ampullen M. 4.—.

Zu beziehen durch die Apotheken oder den Fabrikanten:

Bernhard Hadra, Apotheke zum weißen Schwan, Medizinisch-Pharmazeutische Fabrik und Export, **Berlin C 2,** Spandauer Straße 40.

Aachener

Kaiserbrunnen — *kohlensäurehaltiges bestes Tafelwasser*

Kaiserquelle — *natürliches Thermalwasser zu Haustrinkkuren,*

abgefüllt unter Kontrolle der Stadtverwaltung wirkt vorbeugend und heilend bei

Rheuma, Gicht, Katarrhen

der Verdauungs- und Atmungs-Organe etc. Brunnenschriften durch Aachener Thermalwasser „Kaiserbrunnen" A.G. Aachen-Nord 44







KORKE

Prima-Qualität liefert preiswert
Einbecker Korkenfabrik Aug. Göpner, Einbeck



Das bevorzugte **Kräftigungsmittel** (Kein Kunstprodukt)

Aerztlich empfohlen bei: **Blutarmut, Bleichsucht, Unterernährung sowie allgemeinem Kräftezerfall.**

-STAHL mit Kakao

Hervorragendes Nährmittel für Kinder.

Muster auf Wunsch.

Dr. W. STAHL
Chem. Laboratorium, Freiburg i. Br.

89. Jahrgang **Berlin, 7. Februar 1920** **No. 6**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 8302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **Paul G. Prausnitz** (Berlin-Wilmersdorf): **Zur Kasuistik der Nabeldiphtherie des Neugeborenen.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 34.)

Nach den Berichten in der Literatur ist das Vorkommen der diphtherischen Infektion des Nabels bei Neugeborenen schon seit mehr als 20 Jahren bekannt. In der Säuglingsklinik zu Berlin-Wilmersdorf wurden, wie Verfasser berichtet in den letzten 2 Jahren 5 Fälle von Nabeldiphtherie bei jungen Säuglingen beobachtet. Die Kinder befanden sich alle in den ersten Lebenswochen. 3 Fälle kamen ad exitum. In drei Fällen wurden auch in der Nase resp. Nase und Rachen Diphtheriebazillen nachgewiesen. In der Mehrzahl der Fälle standen die Erscheinungen von seiten des Nabels so im Vordergrunde, daß die Diphtherie des Nasenrachenraumes völlig dahinter zurücktrat. In einem Fall war die diphtherische Nabelgangrän so intensiv, daß sie zu einer allgemeinen Nervenlähmung führte, welche den Tod des Kindes zur Folge hatte. In einem anderen letal endigenden Fall führte die Nabeldiphtherie zu einer Staphylokokkenperitonitis. Eine schwere Nabeldiphtherie heilte nach 13wöchiger Behandlung. In einem leicht verlaufenen Fall wurde das Allgemeinbefinden des Kindes durch die diphtherische Infektion des Nabels überhaupt nicht gestört.

Prof. Dr. **Oberndorfer** (München): **Ueber die Encephalitis lethargica und ihre Pathologie.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 36.)

Verfasser berichtet über 8 Fälle von Encephalitis, die im März und Anfang April v. J. in München vorkamen, bei denen er Gelegenheit hatte, den Obduktionsbefund zu erheben. Es handelte sich um 6 Frauen, 2 Männer. Das klinische Hauptsymptom war der eigentümliche Schlafzustand, aus dem die Kranken durch Anruf erweckt werden können. Daneben bestanden krampfartige Zuckungen, leichte Paresen, am häufigsten am oberen Augenlid. Die Temperatur war meistens leicht erhöht (um 38°). Fast durchweg war der Muskeltonus verstärkt. Die Erkrankung begann teils plötzlich, teils mit rheumatischen Erscheinungen, die Reflexe waren meist normal, die Lumbalflüssigkeit in der Mehrzahl der Fälle nicht verändert. Eine Grippe war meist nicht vorhergegangen. Das Krankheitsbild entsprach der von Economo in Wien 1917 beschriebenen Encephalitis lethargica. Bei der Sektion zeigte das Gehirn makroskopisch leichtes Oedem der weichen Häute, ab und zu flohstichartige Blutungen in der grauen Substanz, die aber nur in einem Fall in größerer Ausdehnung sich fanden. Die übrigen Organe boten keinen besonderen Befund, abgesehen von terminaler hypostatischer Pneumonie oder trüben Schwellungen der parenchymatösen Organe. Ab und zu fanden sich punktförmige Blutungen im Nierenbecken und der Darmserosa, Hautsugillationen. Die mikroskopische Untersuchung ergab außer den Blutaustritten aus den Gefäßen als Folge der Parenchymschädigung eine reaktive Wucherung des Granulationsgewebes des Gehirns, der Gliazellen. Diese zellreichen Gliaherde können sich allmählich in Glianarben umwandeln. Ueber den Erreger der Erkrankung läßt sich nach Verfasser vorläufig nichts mit Sicherheit sagen.

Dr. **Ferdinand Sachs** (Leizig): **Ueber toxische Ruhr im Kindesalter.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 36.)

Verfasser berichtet über zwei wegen ihres vom gewöhnlichen abweichenden Verlaufs bemerkenswerte Ruhrerkrankungen von Kindern. Es handelt sich um zwei 3jährige, kräftige Zwillingsbrüder. Der eine Knabe erkrankte ganz plötzlich unter Krämpfen, Bewußtlosigkeit und Entleerung von wässerigen Stühlen; zwischen den einzelnen Anfällen kehrte das Bewußtsein wieder. Zwölf Stunden nach Beginn der Erkrankung wurde das Kind in bewußtlosem Zustand mit maximal erweiterten Pupillen in die Kinderklinik gebracht, wo nach einer Kampferinjektion eine sofortige Magenspülung gemacht wurde, während welcher der Tod eintrat. Etwa 24 Stunden später erkrankte der Zwillingsbruder unter denselben Erscheinungen. Die Eltern brachten das Kind sofort nach der Klinik, wo eine Magenspülung vorgenommen wurde; rektal 1 g Tannin in 100 g Wasser, außerdem 0,25 cg Morphin subkutan. Die Krämpfe dauerten einen Tag an; es bestand Fieber; die Behandlung bestand in 2 mal 3 Teelöffel Merck'sche Tierkohle peros, Darmspülung, Chloral, Koffein. Am zweiten Tage hörten die Krämpfe auf, es erfolgte nun die Entleerung von blutig-schleimigen Stühlen, in denen Pseudodysenteriebazillen, Typus D, nachgewiesen wurden. Unter entsprechender Diät und Darmspülungen trat in einigen Tagen Besserung ein, nach 12 Tagen wurde das Kind geheilt entlassen. Bei dem verstorbenen Knaben wurde, weil zuerst der Verdacht einer akuten Vergiftung bestand, die gerichtsärztliche Sektion einen Tag nach dem Tode vorgenommen. Es fand sich ein schwerer akuter Dickdarmkatarrh von ruhrartigem Charakter; auch hier fanden sich im Darminhalt Pseudodysenteriebazillen D. Es handelte sich somit in beiden Fällen um eine Ruhrinfektion.

Prof. Dr. **J. Petruschky** (Danzig): **Erfahrungen über perkutane Schutzbehandlung bei Ruhr.** (Mediz. Klinik 1919 Nr. 35.)

Seit 8 Jahren verwendet Verfasser die perkutane Tuberkulinbehandlung. Er hat seit einigen Jahren das Prinzip der perkutanen Schutzbehandlung auch für die Vorbeugung und Behandlung akuter Infektionskrankheiten verwertet. Er berichtet zunächst über seine Ergebnisse bei der Ruhr. Das

zur Verwendung kommende Material ist multivalent, d. h. es enthält nicht nur die verschiedenen Ruhrerreger, sondern auch Paratyphus- und Gärtnerbazillen, alles in abgetötetem Zustand. Das Material wird abwechselnd auf gesunde Hautstellen, z. B. auf die Innenfläche der Unterarme und Oberarme in der Dosenfolge von 2, 4, 6, 8 Tropfen und 1—2 Tagen Zwischenzeit mittels eines Glastabes oder mit dem Daumenballen der anderen Hand des Patienten eingerieben. Verfasser hatte nun während des Krieges Gelegenheit, das Verfahren bei einigen Truppenteilen zu versuchen. Zunächst bei einer Ruhrepidemie in Marienburg 1917. Hier wurden der perkutanen Impfung nicht unterzogen 3594 Mann, von diesen erkrankten an Ruhr 1113 = 31,2 Proz., es starben davon 35 = 3,2 Proz. der Erkrankten. Die Zahl der Schutzbehandelten betrug 380, davon erkrankten 8 = 2,1 Proz., es starb keiner. Ein zweiter Versuch mit dem „Linimentum antidysentericum" wurde 1918 bei einer Ruhrepidemie in Westfalen gemacht. Es handelte sich hier im ganzen um 1580 Mann, welche in 3 Gruppen geteilt wurden. Eine Gruppe blieb unbehandelt, die zweite wurde mit dem Böhnckeschen Impfstoff Dysbakta, die dritte mit Verfassers Liniment. antidysenteric. schutzbehandelt. Von den Unbehandelten erkrankten 9,8 Proz., von denen 54,4 Proz. starben, von den mit Dysbakta Behandelten erkrankten 3,6 Proz., mit einer Mortalität von 21,4 Proz., von den mit dem Liniment Behandelten erkrankten 3,5 Proz., mit einer Mortalität von 14,3 Proz. Auch diese Zahlen sprechen dafür, daß die perkutane Schutzimpfung die Erkrankungsziffer und die Mortalität ganz erheblich herabsetzt. In etwas geringerem Maße gilt dies auch für die Impfung mit Dysbakta. Jedenfalls beweisen die mitgeteilten Erfahrungen die Wirksamkeit der perkutanen Immunisierung. Die auf Veranlassung des Verfassers hergestellten immunisierenden Linimente werden von der „Hageda" ausgegeben, von welcher sie jede Apotheke beziehen kann.

Dr. **Fritz Lesser** (Berlin): **Zum serologischen Luesnachweis mittels Ausflockung.** Eine Modifikation der Meinickereaktion. (Med. Klinik, 1919, Nr. 33.)

Die Meinicke'sche Reaktion ist eine Ausflockungsreaktion, bei welcher zu dem inaktivierten Serum alkoholischer, mit NaCl-Lösung verdünnter Menschenherzextrakt hinzugesetzt wird. Meinicke hatte sie als zweizeitige Reaktion angegeben. Verfasser empfiehlt nun auf Grund seiner Untersuchungen eine einzeitige Modifikation der Meinickereaktion. Die Extraktverdünnung stellt er in folgender Weise her. Zuerst gibt man die Verdünnungsflüssigkeit in das Reagenzglas, alsdann läßt man alkoholischen Extrakt an der Wand des schräg gehaltenen Glases zufließen und beginnt dann langsam zu schütteln, um in immer stärkeren Exkursionen eine vollständige Vermischung und eine möglichst große milchige Trübung zu erreichen. Die Sera für die Meinickereaktion dürfen nur 15 Minuten bei 55° inaktiviert werden. Die Konzentration der Kochsalzlösung muß für jeden Extrakt durch Versuche ermittelt werden. Sie schwankt zwischen 1,4 und 2,6 Proz. Die Technik der modifizierten Meinickereaktion ist dann folgende: 0,2 inaktives Serum + 0,8 verdünntes Extrakt: schütteln, über Nacht im Brutschrank. Am nächsten Tage Ablesung unter dem Agglutinoskop. Positive (luetische) Sera zeigen Flockung, negative sind klar. Die Verdünnung des Extrakts muß kurz vor der Anstellung der Reaktion erfolgen. Der verdünnte Extrakt darf keine Flockung zeigen. Als Kontrolle kann man von jedem Serum noch ein zweites Röhrchen nach der Meinicke'schen Originalmethode, also 0,2 Serum + 0,8 mit Aqua destillata verdünntes Organextrakt, ansetzen, dann muß nach 18- bis 24 stündigem Aufenthalt im Brutschrank bei allen Seren Flockung eingetreten sein. Notwendig ist, wie Verfasser an etwa 500 Fällen gefunden hat, die Flockungskontrolle nicht. Der Grad der Flockung ist sehr von der Temperatur des Brutschranks abhängig; höhere Temperaturen begünstigen die Flockung und gestalten das Endresultat prägnanter.

Prof. **Erich Hoffmann** (Bonn): **Notwendige Sicherungen der biologischen Frühdiagnose der Syphilis und Bemerkungen zur Salvarsantherapie.** (Deutsche med. Wochenschrift Nr. 36.)

Auf Grund seiner Erfahrungen gibt Verfasser für die Erkennung und Behandlung der frischen Syphilis folgende Vorschriften: Bei jeder noch so unscheinbaren Affektion der Genitalien, wie Wundscheuern, Balanitis, Herpes, ulcera, ist sorgfältig auf Syphilis zu fahnden und die genaueste mikroskopische Untersuchung auf Spriochaetae pallidae, nicht nur im Oberflächensekret, sondern im Gewebssaft von Primäraffekten und regionären Drüsen mit Hilfe der Punktion eventuell mehrfach durchzuführen. Die Spirochaete pallida darf in Sekretpräparaten nur dann diagnostiziert werden, wenn außer dem Typus Pallida keine abweichenden Spirochätenformen vorhanden sind. In zweifelhaften Fällen ist die Zusendung des Kranken an einen erfahrenen Spezialisten von größter Bedeutung für sein ferneres Schicksal und der Uebersendung von Präparaten oder Reizserum in Kapillaren entschieden vorzuziehen. Jede antiseptische und spezifische Behandlung muß bei unklaren Affektionen unterbleiben, bis der Spirochätennachweis in einwandfreier Weise geführt worden ist. Die abortive Heilung mittels einer starken kombinierten Hg-Salvarsannatriumkur gelingt bei seronegativer primärer Syphilis so gut wie sicher, kann aber mit zwei genügend starken derartigen Kuren (mit 8—10 wöchigem Intervall) auch bei seropositiver Primärsyphilis fast regelmäßig erzielt werden. Auch für die ganz frische sekundäre Syphilis genügt diese Behandlung in der Mehrzahl der Fälle zur frühen Ausheilung. Jedenfalls wird durch diese Zweikurenmethode der Gefahr von Neurorezidiven sowie von hochansteckungsfähigen äußerlichen Rückfällen weitgehend vorgebeugt. Bei hartnäckiger und älterer sekundärer Syphilis sind dafür aber 3—4 kombinierte Kuren notwendig.

Prof. **Wilhelm Wechselmann** (Berlin): **Ueber die Grenzen der Abortivbehandlung der Syphilis.** (Medizinische Klinik, 1919, Nr. 34.)

Die bisherigen Erfahrungen mit der Salvarsanbehandlung haben ergeben, daß die restlose Vernichtung der Spirochäten bei der Syphilis in der Vorwassermannperiode fast regelmäßig gelingt, während nach Eintritt des positiven Wassermann nicht mehr mit Sicherheit darauf zu rechnen ist. Verfasser betont jedoch auf Grund eigener Beobachtungen, daß auf eine Sterilisation auch in der Vorwassermannperiode mit völliger Sicherheit nicht gerechnet werden kann, zumal wenn die zugeführten Salvarsanmengen ungenügend sind. Man muß nach Verfasser sich bewußt bleiben, daß die Verhältnisse bei der Durchseuchung des Körpers mit der Syphilis von Anfang an ganz verschieden sein können, so daß man für die Heilungsvorgänge wohl gewisse Regeln, aber keine streng gültigen Gesetze aufstellen kann. Einige vom Verfasser mitgeteilte Fälle beweisen, daß auch in der Vorwassermannperiode die Sterilisatio magna mißlingen kann, selbst bei ausgiebiger Salvarsanbehandlung. Bei der Syphilis kann nämlich schon wenige Stunden nach dem infizierenden Beischlaf eine Allgemeindurchseuchung des Körpers eintreten. Man hat beobachtet, daß eine 5 Stunden nach dem Coitus ausgeführte ausgedehnte Excision einer kleinen Erosion nicht mehr die Allgemeininfektion zu verhindern vermochte. Ist ein Primäraffekt aufgetreten, so muß man mit einer Allgemeininfektion sicher rechnen. Der Vorteil der Frühbehandlung mit Salvarsan besteht darin, daß die in der Blutbahn kreisenden Spirochäten leicht vernichtet werden, während die aus den Capillaren in das Bindegewebe übergetretenen und durch einen Zellwall geschützten Spirochäten erst später den Heilmitteln genügende Angriffspunkte zu bieten brauchen. Selbst nach Sterilisierung des Primäreffekts durch Salvarsan können im Innern des Körpers noch Syphilisherde bestehen, welche der Weiterentwicklung fähig sind. Man muß also mit der Annahme einer Abortivheilung vorsichtig sein. Jeder Fall ist genügend lange Zeit (1—2 Jahre) sorgfältig weiter zu beobachten.

Dr. **Kurt Holzapfel** (Berlin-Charlottenburg): **Kalkaneusexostosen nach Gonorrhoe.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 36.)

Nach Verfasser tritt in schweren Fällen von Gonorrhoe, welche zu einer Allgemeininfektion, vor allem zu einer Arthritis gonorrhoica geführt hat, manchmal als Nachkrankheit eine Osteophytbildung am Calcaneus, eine Kalkaneusexostose oder Hackensporn auf, und zwar entweder einseitig oder an beiden Füßen. Die subjektiven Symptome bestehen in einer zuerst nur geringen, allmählich immer stärker werdenden Schmerzhaftigkeit im Hacken, die sich besonders beim Gehen und Stehen bemerkbar macht. Beim Betasten der Fußsohle an der medialen Seite findet sich ein zirkumskripter Druckschmerz, der genau an der Stelle des Processus medialis tuberis calcanei lokalisiert ist. Das Röntgenbild ergibt an der Stelle des Processus med. tub. calc. eine ziemlich breite, dem Kalkaneus buckelartig aufsitzende Auflagerung. Die Therapie ist gegen die Affektion selbst machtlos. Es gelingt jedoch, die Druckschmerzen mehr oder weniger zu beseitigen, wenn man in den Schuh eine gut passende, etwa 1 cm dicke Filzsohle einlegt, in welche ein hinreichend weites Loch an der dem Hackensporn entsprechenden Stelle eingeschnitten ist; dadurch wird der Druck auf die Exostose aufgehoben.

Dr. **G. Joerdens** (Dresden): **Ueber Spontanpneumothorax.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 35.)

Das plötzliche Auftreten eines Pneumothorax bei Nichttuberkulösen, klinisch anscheinend völlig Gesunden ist nicht häufig. Verfasser hatte Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten. Es handelte sich um einen 26 jährigen Mann, der im Jahre 1915 ohne äußere Veranlassung auf der Straße ganz plötzlich sehr heftige Schmerzen auf der linken Brustseite und starke Atemnot verspürte. Er wurde in das Krankenhaus gebracht, wo Verfasser ihn am Tage darauf untersuchte und einen vollständigen linksseitigen Pneumo-

thorax feststellte. Der weitere Verlauf bot keine Besonderheiten, der Pneumothorax resorbierte sich allmählich; es bestand weder Husten noch Auswurf, die Temperatur stieg nie über 37°. Nach 12 Wochen wurde der Kranke mit vollständig resorbiertem Pneumothorax entlassen. Vorher war noch Alttuberkulin zu diagnostischen Zwecken eingespritzt worden; es trat selbst bei 5 mg keine Reaktion ein. Etwa 1 Jahr später wurde der Patient zum Militär eingezogen; er machte bei einem Infanterieregiment im Westen die schweren Kämpfe an der Somme ohne Beschwerden mit, war später im Osten und kehrte nach zum Teil sehr anstrengenden Märschen im März 1919 zurück. Er ist frei von Beschwerden, sein Kräftezustand ist besser als vorher. Die Untersuchung ergab normalen Lungenbefund. Im Anschluß an den Fall erörtert Verfasser die verschiedenen Möglichkeiten der Entstehung eines Pneumothorax. Für den vorliegenden Fall nimmt er an, daß eine subpleural gelegene Emphysemblase geplatzt war.

W. H. Veil (Frankfurt a. M.): **Ueber Selbstheilung einer in der Gravidität entstandenen chronischen Nephropathie durch Entstehung einer Aorteninsufficienz.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 33.)

Bei einer aus gesunder Familie stammenden Frau, welche im ganzen 10 Schwangerschaften durchgemacht hat, waren in einer der letzten Graviditäten zuerst Oedeme und reichliche Albuminurie aufgetreten. Diese und die folgenden Graviditäten kamen trotzdem zu normalem Ende. Erst in der letzten Gravidität traten wieder Oedeme und außerdem Sehstörungen auf, die seitdem bestehen blieben. Objektiv fand sich jetzt Hypertrophie des linken Ventrikels, systolisches Geräusch an der Herzspitze, akzentuierter zweiter Aortenton; ein diastolisch und systolisch stark erhöhter Blutdruck; am Augenhintergrund typische Retinitisalbuminurica beiderseits, Albuminurie (1—2 Proz. Albumen), granulierte und hyaline Zylinder, keine Erythrozyten. Die Nierenfunktion war nicht schwer gestört. Günstig auf die subjektiven Beschwerden (Kopfschmerzen) wirkte ein Aderlaß von 300 ccm, dessen Wirkung immer mehrere Monate lang anhielt. Die Augenhintergrundveränderungen blieben einige Jahre hindurch ziemlich unverändert, das Sehen zeitweise sehr gestört. Die Zirkulationsverhältnisse wurden von Zeit zu Zeit durch mehrwöchige Digitalisbehandlung gebessert, eine allgemeine Stauung bestand nicht. Nunmehr trat eine Aenderung insofern auf, als die Sehschärfe sich wieder besserte und die Kopfschmerzen ganz verschwanden; die Herzbeschwerden hatten eher zugenommen. Die Untersuchung ergab jetzt, daß der Augenhintergrund beiderseits keine Veränderung mehr aufwies, die Sehschärfe beiderseits normal, Urin fast eiweißfrei, frei von Zylindern; am Herzen bestanden nunmehr die Symptome einer Aortenklappeninsufficienz. Der diastolische Blutdruck war nicht mehr erhöht, der systolische Druck ebenso hoch wie früher. Dieser Zustand blieb etwa 3 Jahre, bis zum Schluß der Beobachtung, bestehen. 3—4 Spritzen Strophanthin (3/4 mg intravenös), 2 mal wöchentlich, genügten nun für einige Wochen, das Herz leidlich zu kompensieren. Das Bemerkenswerte an dem Fall ist nach Verfasser, daß die Nephropathie, die als Residuum einer sogen. Schwangerschaftsnephritis aufzufassen ist, mit der Entstehung der Aorteninsufficienz in klinische Heilung überging, einschließlich der Retinitisalbuminurica.

Prof. **Hans Curschmann** (Rostock): **Ueber sensible und sensorische Tetanie.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 35.)

Verfasser hatte Gelegenheit, in zwei Fällen eigenartige Symptomkomplexe zu beobachten, welche er zum Krankheitsbild der Tetanie rechnet. Im ersten Fall handelt es sich um eine 30 jährige unverheiratete Patientin, welche als Kind rachitisch und schwächlich gewesen und bis in das Schulalter Symptome von Spasmophilie gezeigt hatte. Seit 5—6 Jahren leidet sie jetzt an eigenartigen Anfällen, die als starke Steigerung der Empfindung des eigenen Körpers, insbesondere der Extremitäten und im Bereich des Kopfes, gedeutet werden müssen; während dieser Anfälle nicht schmerzhafte Hyperästhesie für Tasteindrücke und für aktive und passive Bewegungen; dabei keine hyperkinetischen Symptome irgend einer Muskelgruppe. Das gleichzeitige Vorhandensein aller Tetaniesymptome in paroxysmaler Steigerung, besonders die mechanische und elektrische Uebererregbarkeit der sensiblen Nerven läßt diese Anfälle als Symptome einer echten Tetanie deuten. Auf Verordnung des Tetaniespezifikums Kalzium erfolgte rasche Besserung und Aufhören der Anfälle. Zweiter Fall: Eine 40 jährige, verheiratete (3 Kinder), früher gesunde Frau, die nur seit 8 Jahren zeitweise an Hautjucken leidet, bekommt seit einigen Monaten Anfälle bei denen zusammen mit Hautjucken Parästhesien in der Mundhöhle, bisweilen doppel- oder einseitige Zungenkrämpfe und hochgradige Störungen des Geschmacks und des Geruchs in Gestalt meist verkehrter und paradoxer, nicht aufgehobener Empfindung auftreten; außerdem bestanden die bekannten Uebererregbarkeitssymptome der Tetanie. Die sämtlichen Symptome wurden durch Kalzium rasch beseitigt. Verfasser teilt beide Fälle mit, weil derartige sensible und sensorische Symptome bei Tetanie bisher noch nicht beschrieben wurden. Der prompte Erfolg der Kalziumbehandlung bestätigt die Zugehörigkeit der beschriebenen Symptomkomplexe zur Tetanie. Man muß Kalzium in genügender Dosis (nicht unter 3 g Chlorkalzium pro Tag) und genügend lange geben, wenn ein Erfolg eintreten soll.

Dr. **A. v. Domarus** (Berlin-Weißensee): **Ueber myotonische Pupillenbewegung.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 35.)

Bei einer 31 Jahre alten im übrigen gesunden Krankenschwester stellte Verfasser gelegentlich einer Aufnahmeuntersuchung folgende Anomalie der Pupillenfunktion fest. Die linke Pupille ist mittelweit, rund, reagiert prompt auf Licht und Akkommodation. Dagegen ist die rechte Pupille zwar rund, jedoch eine Spur enger als die linke, ferner reagiert sie nicht auf Lichteinfall, während sie sich bei Konvergenz prompt zusammenzieht. Beim Uebergehen in die Ruhelage (Blick in die Ferne) bleibt jedoch die Verengung eine Zeitlang unverändert bestehen, dann erst beginnt sie auf die ursprüngliche Größe sich wieder zu erweitern; die Zeit bis zur völligen Erweiterung beträgt 12—15 Sekunden. Im übrigen verhalten sich beide Augen völlig normal; es besteht auch keine Refraktionsanomalie. Eine derartige Erscheinung wurde bisher nur bei Personen beobachtet, die zugleich Symptome einer Erkrankung des Zentralnervensystems zeigten. Der vom Verfasser mitgeteilte Fall ist deswegen bemerkenswert, weil die Trägerin der Anomalie im übrigen völlig gesund ist. Auch die Wassermann'sche Reaktion ist negativ. Verfasser hatte Gelegenheit, die Schwester 3 Jahre hindurch im Krankenhausdienst zu beobachten; sie zeigte niemals Symptome eines Nervenleidens und war während dieser Zeit bis auf eine leichte Typhusinfektion gesund. Die Pupillenanomalie besteht unverändert fort. Verfasser nimmt an, daß es sich um eine angeborene Anomalie handelt.

Dr. **Hedwig Thierry** (München): **Dünndarmstenose nach Brucheinklemmung.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 35.)

Unter den Komplikationen die nach einer Brucheinklemmung eintreten können, ist der chronische Ileus infolge Dünndarmverengerung nach Brucheinklemmung nicht allzu selten. Es kommt erstens eine primäre Darmstenose nach Brucheinklemmungen vor, die sofort nach der Reposition eines eingeklemmten Bruches dadurch entsteht, daß die Einschnürung des Darms sich nicht ausgleicht, und daß das Darmlumen durch die Schwellung oder durch Verklebung der Mukosaflächen dauernd verlegt bleibt. Die primäre Darmstenose ist sehr selten. Häufiger ist die sekundäre Darmstenose, die erst Wochen oder Monate nach der Brucheinklemmung sich zeigt; die sekundäre Darmstenose ist entweder durch Abschnürung von außen her (Stränge, Verwachsungen) oder durch Veränderungen der Darmwand bedingt. Die Verfasserin berichtet aus der Privatklinik von Dr. Krecke über zwei Fälle von sekundärer Dünndarmstenose nach Brucheinklemmung. Die erste entstand bei einer 66 jährigen Frau nach der Operation eines eingeklemmten Schenkelbruchs, die zweite bei einem 42 jährigen Manne nach der Operation eines eingeklemmten Nabelbruchs. Beide Stenosen wurden operativ beseitigt, die erste mit einfacher Durchtrennung der Stenose und nachfolgender seitlicher Anastomose, die zweite mit Darmresektion und seitlicher Anastomose. Im zweiten Fall fand sich im resecierten Darmstück an der inkarzerierten Stelle ein erbsengroßes Schleimhautgeschwür, mit starker schwieliger Verdickung der Umgebung. Der Erfolg war in beiden Fällen gut.

Dr. **E. Roedelius** (Hamburg): **Die Eigenbluttransfusion bei geplatzter Tubargravidität.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 35.)

Die intravenöse Transfusion des in die Bauchhöhle ergossenen Blutes nach geplatzter Extrauteringravität scheint bisher wenig Eingang gefunden zu haben, während in der übrigen Bauchchirurgie dies Verfahren von chirurgischer Seite neuerdings öfters angewendet wird. Verfasser wandte dies Verfahren bisher in 12 Fällen bei der Operation von geplatzten Tubenschwangerschaften an. Allerdings waren in der Kümmell'schen Klinik auch schon ohne dies Verfahren, bei Anwendung der intravenösen Kochsalzinfusion die operativen Erfolge der Operation der Extrauteringravität ausgezeichnete: in den letzten 10 Jahren 100 Prozent Heilungen. Auch die 12 mit der intravenösen Rücktransfusion des Eigenblutes behandelten Frauen wurden sämtlich geheilt. An Nebenerscheinungen wurde in fast allen Fällen Fieber, zum Teil 8—14 Tage dauernd, oft 39°—40° erreichend, beobachtet. Es handelt sich offenbar um Resorptionsfieber. Vielfach trat keine nennenswerte Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens ein. Bei anderen bestanden die üblichen anämischen

und postoperativen Beschwerden. Zweimal wurde leichter Ikterus beobachtet; kein Auftreten abnormer Farbstoffe. Nach seinen Erfahrungen hält es Verfasser nicht für nötig, die Eigenbluttransfusion bei der Extrauteringravität zum Normalverfahren zu erheben. Die Verblutungsgefahr wird in der großen Mehrzahl der Fälle, wo es sich um die drohende mechanische Verblutung handelt, durch die Kochsalzinfusion beseitigt. In den seltenen Fällen funktioneller Verblutungsgefahr bezw. Kombination beider, die klinisch besonders an der Atemnot erkennbar ist, ist nach Verfasser die Eigenbluttransfusion unbedingt indiziert und wirkt unter Umständen lebensrettend. Sie kann selbstverständlich auch in allen übrigen Fällen angewendet werden, besonders da sie in vielen Fällen eine schnellere Regeneration des Blutes herbeiführt.

Prof. **G. Winter** (Königsberg i. Pr.): **Die künstliche Sterilisierung der Frau bei Herz- und Nierenkrankheiten.** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 34.)

Nach Verfasser ist die Mortalität der Herzfehler während des Generationsprozesses insgesamt auf 2—3 Proz. und diejenige der Dekompensierten auf etwa 20 Proz. zu schätzen. Nach Benthin ergeben sich folgende Indikationen für die Unterbrechung der Schwangerschaft bei Herzkranken: a) schwere Kompensationsstörungen mit drohender Lebensgefahr infolge von Herzklappen- und Herzmuskelerkrankungen, b) leichtere Kompensationsstörungen mit Stauungserscheinungen, wenn dieselben einer Digitalistherapie nicht weichen oder sehr bald wieder neu auftreten, c) in der Schwangerschaft frisch auftretende oder rezidivierende Klappenerkrankungen, d) gewisse Komplikationen, welche den Verlauf der Herzkrankheit ungünstig beeinflussen, z. B. chronische Nephritis und schwere Lungenkrankheiten, sobald Kompensationsstörungen auftreten. Im einzelnen stellt W. folgende Grundsätze auf: Eine Sterilisation nach künstlichem Abort oder mit schwerer Dekompensation verlaufender Schwangerschaft ist erwünscht 1. bei Mitralstenosen, wenn dieselben einmal zu schweren Kompensationsstörungen in der Schwangerschaft oder Geburt geführt haben, 2. bei allen übrigen Herzfehlern, welche im Verlauf einer früheren Schwangerschaft oder Geburt schwere Kompensationsstörungen bis zur Lebensgefahr gezeitigt haben, a) wenn dieselben nicht auf zufällige ungünstig einwirkende Einflüsse in der Schwangerschaft zurückzuführen waren, b) wenn keine Gelegenheit zur Kräftigung des Herzens in der Schwangerschaftspause gegeben war, c) wenn in etwa späteren Schwangerschaften dem Herzen nicht die nötige Ruhe und Schonung gesichert werden kann, d) wenn infolge großer Fertilität neue Schwangerschaften schnell aufeinander folgen, 3. wenn extrakardiale Zustände die Arbeit des Herzens in der Schwangerschaft besonders steigern. Hierher gehören die Kyphoskoliose mit Raumbeengung im Thorax und Verdrängungserscheinungen, ferner chronische Nephritiden mit starker Blutdruckerhöhung und chronische Lungenkrankheiten (Emphysen, Tuberkulose). 4. bei Herzmuskelerkrankungen, entweder in Verbindung mit Klappenfehlern, oder als reine Myokarditis. — Die Sterilisation soll nach Verf. möglichst mit der Unterbrechung der Schwangerschaft verbunden werden. In den ersten Monaten der Schwangerschaft empfiehlt sich am meisten die vaginale Exstirpation des graviden Uterus. In den späteren Monaten wird man sich besser mit der Entleerung des Uterus begnügen und die Sterilisation nach einigen Monaten ausführen, nachdem das Herz wieder kompensiert und wenigstens leistungsfähig gemacht worden ist. Man wird eine sicher wirkende tubare Methode oder noch besser die Röntgenkastration in Anwendung ziehen.

Was nun die Nierenkrankheiten anlangt, so kommt die Unterbrechung der Schwangerschaft wie auch die Sterilisation nur bei der Nephritis chronica in Frage, sei es, daß eine diffuse Glomerulonephritis oder eine genuine Schrumpfniere vorliegt. Bei chronischer Nephritis ohne weitere Komplikation genügt es nach den Erfahrungen des Verfassers, die in der Schwangerschaft auftretenden ernsten Störungen durch künstlichen Abort rechtzeitig zu beseitigen. Bei Komplikation von Nephritis chronica mit Herzkrankheiten ist, wenn in einer Schwangerschaft Kompensationsstörungen aufgetreten sind, die Sterilisation angezeigt. Die Komplikation der Nephritis mit einer Retinitis albuminurica bedingt dagegen an sich nicht die Sterilisation, da sie nach Ablauf der Schwangerschaft sich vollständig zurückbilden kann. Nur wenn die Veränderungen bestehen bleiben, oder sich gar weiter entwickeln, ist die Sterilisation erforderlich.

II. Bücherschau.

Frühdiagnose der Lungentuberkulose unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Drüsen- und Lungensymptome (Untersuchungsmethodik). Von Dr. **Hanns Alexander,** Chefarzt des Sanatoriums Seehof, Davos-Dorf. (Würzburger Abhandlungen, Bd. 19, Heft 10/11) Leipzig und Würzburg 1919, Verlag von Curt Kabitzsch. 34 S. 2,40 Mk.

Die Arbeit gibt einen guten Ueberblick über alle Gesichtspunkte, welche für eine Frühdiagnose der Lungentuberkulose in Betracht kommen. Der Verfasser berücksichtigt dabei alle dyagnostischen Hilfsmittel; abgesehen von den gewöhnlichen physikalischen Untersuchungsmethoden bespricht er auch die Blutuntersuchung, die Tuberkulinproben sowie die Röntgendiagnostik der Lungentuberkulose. Besonders hebt A. die Notwendigkeit hervor, auf etwaige Vergrößerung der broncho-pulmonalen und tracheo-bronchialen Lymphdrüsen zu achten; er zeigt, in welcher Weise diese den Perkussionsbefund beeinflußt. Als Ergänzung der gangbaren Lehrbücher kann die Abhandlung empfohlen werden.

Ueber Depressionszustände und ihre Behandlung durch den praktischen Arzt. Von Dr. med. **Hans Ratzeburg,** Schwerin i. Mecklenburg. München 1919, Verlag Otto Gmelin, 23 S. 1,50 Mk.

Vorliegende Arbeit bildet den Beginn einer Sammlung diagnostisch-therapeutischer Abhandlungen für den praktischen Arzt, welche unter Fortlassung aller überflüssigen theoretischen Beiwerks der Fortbildung der Aerzte dienen sollen. Das Eröffnungsheft wird diesem Programm durchaus gerecht. R. behandelt sein Thema bei aller Kürze mit einer gewissen Vollständigkeit, vorwiegend mit Rücksicht auf die Bedürfnisse des auf dem Lande und in der Kleinstadt wirkenden Allgemeinpraktikers. Die Darstellung ist recht gewandt und geeignet, auch Aerzte ohne große psychiatrische Vorkenntnisse über das Wesen und die Behandlung der Depressionszustände zu orientieren. R. L.

III. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Rinne, dirigierender Arzt der chirurgischen Abteilung des Elisabeth-Krankenhauses, tritt in den Ruhestand. Sein Nachfolger wird der Breslauer Privatdozent der Chirurgie, Prof. Dr. Felix Landois. — San.-Rat Dr. Werner, Oberarzt der Irrenanstalt Buch, wurde an Stelle von Prof. Liepmann, der vor kurzem seine Entlassung genommen hat, um sich ganz der wissenschaftlichen Arbeit zu widmen, zum Direktor der Irrenanstalt Herzberge gewählt. — Die medizinische Fakultät der hiesigen Universität hat aus der Erich-Rathenau-Stiftung dem Prof. Dr. Pässler (Dresden) und Dr. Gürich (Beuthen) je einen Preis von 1000 Mark für ihre Arbeiten über die Behandlung der Mandeln zur Verhütung und Heilung des Gelenkrheumatismus und der Herzklappenfehler zuerkannt.

Breslau. Prof. Dr. O. Foerster hat die Berufung nach Heidelberg auf den Lehrstuhl der Neurologie als Nachfolger des verstorbenen Prof. Joh. Hoffmann abgelehnt.

Kiel. Prof. Dr. Hans Meyer, der einen Ruf als a. o. Professor nach Greifswald erhalten hatte, wurde gleichzeitig zum dirigierenden Arzt der Röntgenabteilung der staatlichen Krankenanstalten in Bremen gewählt. Er wird voraussichtlich letzterem Ruf Folge leisten.

Leipzig. Dr. phil. et med. Richard Pfeifer, Assistent der hiesigen psychiatrischen Klinik, erhielt die Venia legendi für Neurologie und Psychiatrie.

Freiburg. Dr. E. Küppers, Oberarzt der psychiatrischen Klinik, habilitierte sich als Privatdozent für Psychiatrie.

Verschiedenes.

Berlin. Der preußische Minister für Volkswohlfahrt hat Richtlinien für die Ausbildung von Kommunalärzten herausgegeben. Für die in der praktischen Betätigung der gesundheitlichen und Krankenfürsorge örtlich mitarbeitenden Aerzte, d. h. für Tuberkulose-, Säuglings-, Kleinkinder-, Krüppel- und Alkohol-Fürsorgeärzte ist der Nachweis der erforderlichen fachärztlichen Kenntnisse und eine halbjährliche Hilfstätigkeit auf dem betreffenden Fürsorgegebiete erforderlich. Für Schulärzte wird noch der Nachweis, daß ein besonderer, staatlich anerkannter Ausbildungslehrgang von mindestens sechs Wochen Dauer durchgemacht ist, verlangt. Kommunalärzte, die der Gemeindeverwaltung in allen Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege und der sozialen Hygiene als ärztliche Berater dienen sollen, müssen eine weit umfassendere Sonderausbildung nachweisen. Sie müssen die allgemeine soziale Hygiene praktisch studiert haben und die verschiedenen Untersuchungsmethoden der Hygiene kennen. Auch die Kenntnis der Medizinal-, Gesundheits- und sozialen Gesetzgebung, der Seuchenbekämpfung und der Medizinalstatistik wird gefordert. Im Anschluß an geeignete städtische Anstalten und Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen staatlich anerkannte Unterrichtsstätten errichtet werden.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 14. Februar 1920 | No. 7

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen.
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

89. Jahrgang **Berlin, 14. Februar 1920** **No. 7**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **Grete Singer: Bericht über einen luetischen und einen nicht luetischen Zwilling.** (Archiv für Kinderheilkunde, Band 67.)

Es handelt sich um zweieiige Zwillinge, von denen der eine nicht nur klinisch feststellbare luetische Symptome bot, sondern auch positiven Wassermann hatte, der erst nach sehr intensiver Hg-Neosalvarsanbehandlung verschwand. Der Zwillingsbruder hatte während zweijähriger Beobachtung weder klinisch noch serologisch irgend ein Zeichen von Syphilis. Ob das letztere Kind nicht doch noch später (Lues tarda) luetische Symptome zeigen wird, muß dahingestellt bleiben. Nimmt man eine materne Infektion an, dann ist das Freibleiben des einen Zwillings kaum zu erklären. Bei paterner Vererbung wäre eine Erklärung näherliegend. Eine postnatale Infektion wird für unwahrscheinlich gehalten, während eine Infektion intra partum nicht ausgeschlossen werden kann, obgleich die Eltern eine Infektion mit Lues entschieden verneinen. R.

Prof. Dr. **W. Birk** (Tübingen): **Ueber Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum.** (Mediz. Klinik, 1919, Nr. 36.)

Bingel hatte aus seinen Beobachtungen geschlossen, daß das gewöhnliche Pferdeserum gegenüber der Diphtherie dieselbe Wirkung entfaltet wie das Antitoxin enthaltende Serum, daß es sich also um eine nichtspezifische Wirkung von artfremdem Eiweiß handelt. Verfasser hatte Gelegenheit, während einer schweren Diphtherieepidemie in Kiel im vergangenen Winter die Wirkung des gewöhnlichen Pferdeserums auf den Verlauf der Diphtherie nachzuprüfen. Er folgert aus seinen Beobachtungen, daß — im Gegensatz zu der Ansicht Bingel's, doch ein Unterschied in der Wirkung von gewöhnlichem Pferdeserum und von Immunserum besteht. Vor allem zeigte sich dieser Unterschied in den Fällen, welche mit der falschen Diagnose „Diphtherie" auf die Diphtheriestation gelegt wurden. In früheren Zeiten blieb dies ohne nachteilige Folgen für die Kinder. Sie erhielten Heilserum und waren dadurch immunisiert, so daß sie, selbst wenn sich im Laufe der nächsten Tage Diphtheriebazillen in ihrem Rachen ansiedelten, doch nicht krank wurden. Diesmal kam die Sache anders: die Kinder bekamen statt Heilserum gewöhnliches Pferdeserum, und nunmehr erkrankten sie nach einigen Tagen an typischer Diphtherie, offenbar weil dem gewöhnlichen Pferdeserum die immunisierende Wirkung des Heilserums fehlt. Verfasser teilt sechs derartige Fälle mit.

Dr. **Benno Stein** (Zagreb): **Zur Vakzinetherapie des Bauchtyphus, mit diagnostischen Bemerkungen.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1919, Nr. 36.)

Verfasser hatte Gelegenheit, während des Krieges in einem Epidemiespital bei etwa 200 Fällen von Typhus abdominalis die Vakzinetherapie anzuwenden. Zur Verwendung kam in der Mehrzahl der Fälle die polyvalente Typhusvakzine nach Besredka vom serothapeutischen Institut in Wien. Die bisher empfohlenen großen Dosen von 1 bis 4 ccm fand Verfasser nicht notwendig; es genügten meist 4 Injektionen zu 0,5 bis 1 ccm. Die Einspritzungen wurden subkutan oder intramuskulär gemacht. Für die Diagnose Typhus abdominalis kam die Agglutinationsprobe nicht in Frage, da es sich meist um gegen Typhus geimpfte Soldaten handelte; dagegen wurde das Vorhandensein der Diazoreaktion im Urin bei fehlender Vermehrung von Urobilinogen als fast regelmäßiges Symptom beim Typhus erkannt und demgemäß diagnostisch gewertet. Was nun die Ergebnisse der Vakzinebehandlung anlangt, so starben von den 200 Kranken 12 = 6 Prozent, und zwar in der Mehrzahl infolge septischer Prozesse oder begleitender Pneumonien; nur bei vier dieser Fälle ergab die Sektion keine Beeinflussung des Darmprozesses, bei den anderen waren deutlich Heilungsvorgänge zu finden, teilweise schon völlige Ausheilung. Im übrigen wurde durch die Vakzinebehandlung in der Mehrzahl der Fälle die Krankheitsdauer sowie auch die Rekonvaleszenz abgekürzt. — Zum Schluß berichtet Verfasser, daß er 20 Fälle von Bauchtyphus nichtspezifisch mit Kolivakzine behandelte, und zwar ohne einen Mißerfolg.

Primararzt Dr. **V. Arnold** (Lemberg): **Ueber Neuritis optica als Spätsymptom bei Fleckfieber.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 36.)

Nach den Untersuchungen des Verfassers ist die Sehnervenentzündung bei Flecktyphus ebenso häufig, wenn nicht häufiger, als bei Meningitis; er fand unter 244 klinisch sicheren Fleckfieberfällen eine Neuritis optica in 144 Fällen. In einem Teil der Fälle bot die Eintrittstelle des Sehnerven das Bild einer Stauungspapille im Beginn ihrer Entwicklung. Diese Sehnervenentzündung beim Fleckfieber ist ein Spätsymptom der Erkrankung und erreicht gewöhnlich erst um die Zeit der lytischen Entfieberung ihre stärkste Entwicklung. Sie ermöglicht daher oft die nachträgliche Diagnose des Fleckfiebers noch während der Rekonvaleszenz. Die Veränderungen des Sehnervs überdauern in manchen Fällen die Hauptkrankheit ziemlich lange; eine Schädigung des Sehvermögens scheint nur ausnahmsweise einzutreten.

Dr. **Aladar Henszelman** (Budapest): **Die Mobilisation der inaktiven Malaria und ein neues therapeutisches Hilfsmittel.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 24.)

In sechs Fällen von latenter Malaria sah Verfasser von dem innerlichen Gebrauch von Benzol (3 mal täglich 0,1, resp. 1 mal 0,3) in capsul. gelat. cum oleo Fieberanfälle auftreten. Als dann Benzol mit Chinin oder Benzol mit Neosalvarsan kombiniert wurde, wurden die Kranken geheilt; die Parasiten verschwanden aus dem Blut, Rezidive blieben aus, die Anämie ging zurück. Demnach scheint Benzol die latente Malaria zu mobilisieren.

Privatdozent Dr. **Otto Sachs** (Wien): **Behandlung der Angina necroticans (Plaut-Vincenti) sowie einiger Formen von Stomatitis mit intravenösen Injektionen einer 40 proz. sterilen Urotropinlösung.** Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 24.)

Seit 1916 behandelt Verfasser Anginen verschiedener Aetiologie und Form mit intravenösen Einspritzungen 40 proz. Urotropinlösung. Die erforderliche sterile Lösung wurde ihm von der Chem. Fabrik Schering (Berlin) in Phiolen geliefert. 10 ccm enthalten also 4 g Urotropin. Die Einspritzungen werden in der Regel in die Venen der Ellenbeuge gemacht. Die Anfangsdosis beträgt 4 g (= 10 ccm), am zweiten Tage nach der ersten Injektion gibt Verf. 6 g (= 15 ccm), nach weiteren 2 Tagen sogar 8 g! Außer Urotropin verwendet Verf. Neu-Urotropin (methylen-zitronsaures Urotropin). Während Urotropin nur in saurer oder neutraler Flüssigkeit Formaldehyd abspaltet, ist dies bei Neu-Urotropin auch in alkalischer Lösung der Fall. Leider ist Neu-Urotropin schwerer in Wasser löslich als Urotropin (2 g Neu-Urotropin lösen sich in etwa 12 ccm Wasser). Verfasser berichtet über 32 mit Urotropin, resp. Neu-Urotropin behandelte Fälle von Angina und Stomatitis. Er ist mit den Erfolgen der neuen Behandlungsart durchaus zufrieden; ein Teil der Fälle war schon in 1—3 Tagen geheilt, in einigen Fällen dauerte es länger, nur in 4 Fällen dauerte die Behandlung bis zur Heilung mehr als 9 Tage. Nach Verfassers Erfahrungen ist die Behandlung vollständig ungefährlich. Nur in einem Falle trat nach einer Anfangsdosis von 8 g Urotropin eine 4 Tage währende Hämaturie auf.

A. Lippmann und **G. Samson** (Hamburg): **Zur Therapie der Grippeempyeme mit Bülau'scher Heberdrainage.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, Nr. 37.)

In der ersten medizinischen Abteilung des Allg. Krankenhauses St. Georg in Hamburg wird seit langen Jahren die seinerzeit von Bülau angegebene Behandlung der pneumonischen Empyeme mittels Heberdrainage in geeigneten Fällen angewendet. Daher wurden auch bei Gelegenheit der letzten Epidemie die Empyeme bei Grippepneumonie auf der Abteilung zum größten Teil mittels Heberdrainage behandelt. Die dabei gemachten Erfahrungen fassen die Verfasser in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Bülau'sche Heberdrainage eignet sich vorzüglich zur Behandlung der Grippeempyeme, besonders der frischen Formen mit großem, dünnflüssigem Exsudat, bei denen die überaus schonende, auch in schwersten Fällen anwendbare Methode vielfach lebensrettend wirkt. Die Rippenresektion ist für frische Grippeempyeme ungeeignet. 2. Die an sich sehr einfache Bülau'sche Methode erfordert, besonders in der Nachbehandlung, eine sorgsame Technik. 3. Die große Mehrheit der Grippeempyeme heilt bei Anwendung der Heberdrainage ohne jede Entstellung aus. Falls jedoch nach etwa dreiwöchiger Anwendung der Bülau'schen Methode keine völlige Entfieberung eintritt, Appetit und Gewichtszunahme mangelhaft bleiben, dann ist eine Kammerbildung im Exsudat oder eine Beteiligung der Lungen (Gangränherd, Sequesterbildung) anzunehmen. In diesen Fällen ist eine alsbaldige ausgiebige Rippenresektion, nötigenfalls mit nachfolgender Plastik, notwendig.

Dr. **Zadek** (Neukölln): **Der Pektoralfremitus bei genuiner fibrinöser Pneumonie.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1919, Nr. 36.)

Im Laufe der letzten Jahre untersuchte Verfasser 300 Fälle von einseitiger genuiner Lungenentzündung während der Höhe der pneumonischen Infiltration zwischen dem dritten und siebenten Krankheitstag auf das Verhalten des Stimmfremitus und des Atemgeräuschs; der Prüfung wurden unmittelbar Probepunktionen der Pleura an der Stelle des entzündeten Lungenabschnittes angeschlossen und das Bestehen einer echten Pleuritis exsudativa angenommen, wenn diese Punktion an einer und derselben Stelle mindestens 5 ccm und höchstens 20—25 ccm Flüssigkeit ergab. Diese in vivo gefundenen Mengen entsprechen nach den Sektionsbefunden ungefähr den zehnfachen tatsächlich vorhandenen. Ein solches Exsudat fand sich in 57 Prozent der Fälle. Ein abgeschwächter Pektoralfremitus wurde in 66 Prozent der Fälle konstatiert. Daraus, sowie aus der Tatsache, daß in 54,3 Prozent der Fälle der Symptomenkomplex des verminderten Stimmfremitus zusammen mit pleuritischem Exsudat vorhanden war, ist nach Verfasser zu schließen, daß für die Entstehung des abgeschwächten Pektoralfremitus der stets bei der Pneumonie zu findende Brustfellerguß eine entscheidende Rolle spielt, um so mehr, als bei dem genannten Symptomenkomplex überwiegend häufig Bronchialatmen zu hören war. Ein Exsudat bei verstärktem Pektoralfremitus wurde nur bei ganz massiven Infiltrationen einer ganzen Lunge gefunden (in 2,7 Prozent sämtlicher Fälle). Eine Abschwächung des Stimmfremitus bei der Pneumonie durch die bisher dafür ausschließlich verantwortlich gemachten Vorgänge (Verstopfung der Bronchien, verminderte Schwingungsfähigkeit der voluminös infiltrierten Lunge) wurde nur in 11,7 Prozent der Fälle nachgewiesen.

Dr. **R. Spiegel** (Berlin): **Verbesserte Röntgendiagnostik des Magendarmtraktus mit „Citobaryum" als Kontrastmittel.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, Nr. 36.)

Verfasser empfiehlt als Kontrastmittel bei Durchleuchtungen und Röntgenaufnahmen der Speisewege das von Merck hergestellte Citobaryum. Das Präparat ist im wesentlichen reines Baryumsulfat in einer besonderen, für den Gebrauch vorbereiteten Form. Man kann es in flüssiger, trinkbarer Form geben. 150—200 g Citobaryumpulver werden mit kaltem Wasser zu einem Brei angerührt und dann heißes Wasser bis zu ½ Liter hinzugefügt. Die Ausscheidung erfolgt verhältnismäßig schnell. Nach 1—1½ Stunden pflegt der normale Magen völlig entleert zu sein, bereits nach 4 Stunden befindet sich die Kontrastmischung im Dickdarm. Verfasser verwendet das Citobaryum, welches gegenwärtig fast 20 mal billiger ist als Bismut. subnitric. oder Bismut. carbonic. (von letzterem kosten 100 g nach der Arzneitaxe jetzt 46 M. 95 Pf.!) seit 4 Jahren in der Röntgendiagnostik und ist mit den Ergebnissen durchaus zufrieden.

Dr. **Heise** (Berlin): **Ueber Zibosal** (borylsalicylsaures Zink). (Mediz. Klinik 1919, Nr. 36.)

Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen das Zibosal zunächst bei Gonorrhöe und sonstigen Urethritiden: lauwarme Einspritzungen von 0,5—1 proz. Lösungen 3 mal täglich. Gewöhnlich wurde in 3—4 Wochen Heilung ohne Rezidiv erzielt. Bei Fluor albus: Ausspülungen mit lauwarmer Lösung (4—10 : 1000) und darnach Einstreuen von 5 proz. sterilem Zibosalbolus oder bei starkem Foetor Ausspülen mit Aufschwemmungen von 1 bis 5 Eßlöffeln dieses Präparates. Bei Wunden, Brandwunden, Panaritien, Ekzemen erwiesen sich ¼—1 proz. Lösungen, feuchte oder trockene Anwendung von Zibosalbolus oder auch 1—5 proz. Salben oder Pasten je nach Lage des Falles von Nutzen.

J. Duken (München): **Beitrag zur Kenntnis der eitrigen Erkrankungen der Harnwege im Kindesalter — ein Bakterium der Influenzagruppe als Erreger der Pyelozystitis.** (Archiv für Kinderheilkunde, Band 67.)

Vom praktischen Standpunkte aus ist wichtig, daß Kollargolklysmen (½ g auf 30 ccm Wasser) sich für diese Form der Pyelocystitis (Erreger aus der Influenzagruppe) therapeutisch sehr gut bewährt haben. R.

Prof. Dr. **P. Sudeck** (Hamburg-Barmbeck): **Zur Sehnentransplantation bei der Radialislähmung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 37.)

Bei der Radialislähmung infolge von Schußverletzung ist unter allen Umständen nach Verfasser zuerst die Nervennaht zu versuchen, erst wenn sie nicht gelingt, kommt die Sehnenplastik in Frage. Die meisten Formen der Sehnenplastik heben den physiologischen Zusammenhang der Sehnen endgültig auf. Hierher gehört die Perthes'sche Methode, die funktionell Ausgezeichnetes leistet. Diese und ähnliche Methoden kommen also dann in Betracht, wenn bei dem Versuch der Nervennaht diese sich entweder als undurchführbar oder als aussichtslos erwiesen hat. Die Plastik soll nach Verf. in derselben Sitzung an die mißlungene Nervennaht angeschlossen werden. Wenn aber die Nervennaht gelungen ist, so stellt sich nach den bisherigen Erfahrungen die Funktion des Radialis nur in etwa der Hälfte der Fälle wieder her. In vielen Fällen dauert die Regeneration sehr lange. Im allgemeinen muß man 2 Jahre warten, wenn man den Erfolg der Nervennaht beurteilen will, denn noch 2 Jahre nach der Naht kann die erloschene Nervenfunktion wieder eintreten. Verfasser beobachtete sogar einen Fall, bei dem erst 3¾ Jahre nach der Naht die ersten Anzeichen der Bewegung einsetzten, und der dann in kurzer Zeit zur völligen Restitutio ad integrum gelangte. Um nun während dieser ungewissen Wartezeit nach der gelungenen Nervennaht die Funktion der Hand sofort, soweit möglich, wiederherzustellen, wäre nach Verfasser eine Form der Plastik anzuwenden, die bei befriedigender Leistung den Zusammenhang der Sehnen soweit intakt läßt, daß im Falle der wiederkehrenden Nervenfunktion auch die normale Muskelfunktion wieder aufgenommen werden könnte. Eine solche Plastik könnte sogleich an die Nervennaht angeschlossen werden, auch wenn die Irreparabilität der Nervenlähmung nicht erwiesen ist. Eine Methode der Plastik, welche diesen Zweck erfüllt, besteht nach Verfasser darin, daß der ulnare Handgelenksbeuger an die Strecksehnen der Finger mit Einschluß des Extensor indicis proprius und Extensor digiti V. proprius und gleichzeitig an die Strecksehne des langen Daumenstreckers angenäht wird. Nach den Erfahrungen von S. stellt diese Plastik die Funktion der Hand in ausreichender Weise wieder her; ihre Technik, welche Verfasser näher beschreibt, ist einfach.

Dr. **Ida Friedmann** (Wien): **Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit Tuberkulomucin Weleminsky.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1919, Nr. 36.)

Die Verfasserin hatte Gelegenheit, in der Tuberkuloseabteilung eines Kriegsspitals eine Anzahl von an Tuberkulose der Lungen und anderer Organe leidenden Kranken mit einem schon 1912 bekanntgegebenen Präparat, dem Tuberkulomucin Weleminsky, zu behandeln. Das Tuberkulomucin ist das mit 1 Proz. Karbolsäure versetzte Bouillonfiltrat von 8 Jahre hindurch fortgezüchteten Tuberkelbazillen. Die Einspritzungen wurden einmal wöchentlich vormittags gemacht. Die Anfangsdosis betrug in der Regel 2 mg. Man benutzt 1 proz. Lösungen von Tuberkulomucin in sterilisierter physiologischer Kochsalzlösung, die jedesmal frisch vor der Einspritzung bereitet werden. Die Dosis 2 mg wurde bis zum Verschwinden der Lokalreaktion innegehalten. Mindestens wurde diese Dosis 2 mal injiziert; denn bei vielen Kranken folgte auf die erste negative Reaktion eine zweite sehr starke. Manche Patienten reagierten dauernd stark auf die Dosis 2 mg. Die Höchstdosis war 10 mg, in wenigen Fällen 12 mg. Was die diagnostische Bedeutung der Einspritzungen anlangt, so zeigte sich, daß die lokale Infiltration umgekehrt proportional dem Grade der Erkrankung ist. Je schwerer die Erkrankung, um so geringer dei Infiltration. Sehr stark reagierten auch Personen, bei denen keine Krankheitssymptome nachzuweisen waren. Bei schwerkranken Tuberkulösen fehlte die Lokalreaktion bei der einmaligen Injektion von 2 mg. Was nun die therapeutische Wirkung des Tuberkulomucins anlangt, so wurden in einer größeren Zahl von Fällen auch bei Tuberkulösen in einem vorgeschrittenen Stadium sehr gute Erfolge erzielt. Verfasserin teilt eine Anzahl von Fällen mit, aus denen hervorgeht, daß bei den Behandelten meist Stillstand und Besserung der Lungenerscheinungen sowie mehr oder minder große Gewichtszunahme erzielt wurde. Obwohl die Kranken im allgemeinen aus äußeren Gründen nicht länger als einige Monate beobachtet werden konnten, also über Dauerresultate nicht berichtet werden kann, hält die Verf. das Tuberkulomucin einer weiteren Prüfung für wert.

Dr. **L. Paneth** (Berlin): **Refraktometrische Abbaustudien.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 36.)

Während der Nachweis der Abbaufermente durch die von Abderhalden angegebenen Methoden (Dialysierverfahren, Bestimmung des Drehungsvermögens) wegen einer Reihe von Fehlerquellen sehr unsicher ist, erscheint die Verwendung des refraktometrischen Verfahrens zum Nachweis der Abbaufermente aussichtsreicher. Verfasser unterzog diese Methode einer eingehenden Prüfung und kam dabei zu folgenden Ergebnissen: Die Bestimmung des Lichtbrechungsindex mittels des Zeiß'schen Eintauchrefraktometers stellt eine genaue und einfache Methode dar, um im Verlauf biologischer Reaktionen den Uebergang kleiner Mengen fester Substanz in Lösung quantitativ festzustellen. Bei hämolytischen Reaktionen läßt sich der Grad der Hämolyse mit der erwähnten Methode genauer als auf irgend eine andere der bisher üblichen Arten messen. Für den Abbau von Plazentagewebe durch Schwangerenserum ergab die Methode folgendes: Schwangerensera bauen im allgemeinen etwas stärker ab als normale, jedoch ist der Unterschied im Verhältnis zur Variationsbreite gering und nicht konstant; es gibt Normalsera, die stärker abbauen als manche Schwangerensera, wenn auch sehr hohe Werte nur bei Schwangeren, sehr niedrige nur bei Normalen gefunden werden. Es ist daher nicht möglich, einen Grenzwert aufzustellen, und eine sichere Unterscheidung zwischen Schwangerenserum und Normalserum auf Grund der refraktometrischen Bestimmung ist daher nicht möglich. Auch der Versuch, mittels des Verfahrens den Plazentaabbau in eine spezifische und eine unspezifische Komponente zu zerlegen, führte zu keinem sicheren Ergebnis.

R. L.

II. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Sitzung vom 2. Februar 1920.
Vorsitz: Herr His.
(Eigenber. d. Allg. med. Centr.-Ztg.)

Tagesordnung:

Aussprache über den Vortrag des Herrn F. Blumenthal: Die prophylaktische postoperative Krebsbehandlung.

Herr **Halberstädter:** Zu schwache Dosen regen das Wachstum der Tumorzellen an. Intensiv arbeitende Röntgen-Apparate und hinreichend starke Dosen sind nötig.

Herr **Tugendreich:** Das Uebelste ist, daß wir zwischen die Strahlenquelle, die Röntgenröhre, und den zu bestrahlenden Körper absorbierende Medien schalten müssen. Gerade die besten Apparate liefern ein wenig homogenes Gemisch der verschiedensten Strahlen. Die harten müssen durch absorbierende Filter isoliert werden. Dazu eignet sich bisher am besten Aluminiumblech; später erwiesen sich Kupfer und Zink als durchaus gleichwertig. Notwendig ist das Intensimeter von Fürstenau zur Registrierung der Absorptionskraft der Filter. Von den Schwermetallen ist am besten Blei. Es steht nicht gleich mit dem Aluminium. Auch für die nicht operablen Geschwülste eignet es sich als Filtersubstanz.

Herr **Schück** spricht als Allgemeinpraktiker. Das Leben der Krebskranken zu verlängern und erträglich zu gestalten, eignet sich die Injektionsmethode vortrefflich. Seit 5 Jahren hat er 800—1000 intravenöse Spritzen Atoxyl verabfolgt, ohne Augenstörung, selbst As-Conjunktivitis zu erleben. Die Verdauung blieb ungestört. Das Mittel muß zusammen mit der Strahlentherapie und der Chirurgie angewendet werden. Man sollte die Sritzen viel intensiver gestalten. As scheint electiv zu wirken. Sofort nach der Operation soll man die Injektionen beginnen bezw. fortsetzen.

Herr **Jacob**-Cudowa brachte bei einem Bademeister ein Sarkom der Wirbelsäule zum Verschwinden. Viel später starb er an Lebermetastasen.

Herr **Strauss:** Der postoperativen Bestrahlung sollte mehr Geltung verschafft werden. Heimann sah Dauererfolge von 63 % der bestrahlten Fälle gegenüber 29 % der unbehandelten, Schauta 67 % gegen 60 %, Gauss 99 % gegen 60 %. Gegen die Bestrahlung können auch die Gegner nichts Wesentliches vorbringen. Die Reizdosis ist bei richtiger Technik zu vermeiden.

Herr **C. Lewin:** Das Recidiv ist wohl meist nur eine Metastase. Schon wenn man es im Anfange zu entdecken glaubt, ist der Körper mit mikroskopischen Metastasen überschwemmt. Wenige Wochen nach der Operation der Mamma-Geschwulst traten einmal Metastasen im ganzen Körper, auch in der Wirbelsäule auf, nicht an Ort und Stelle der Operation. Schmidt sah bei Uterus-Krebs massenhafte organisierte Lungenmetastasen; mit letzteren wird der Körper meist fertig. Wird der Haupttumor entfernt, so wachsen die kleinen Körper. Der Rückfall an Ort und Stelle ist wohl auch eine Metastase der Umgebung. Die Strahlen wirken auch allgemein auf den Körper ein. Sie sollen das Bindegewebe zur Wucherung bringen und letzteres die Krebsnester zerstören. Wird das Bindegewebe zu sehr gereizt, so verliert es diese Fähigkeit; dann ist die Wirkung der Strahlen erschöpft. Notwendig bleibt es, die Immuno- und Chemotherapie auszubauen.

Herr **F. Blumenthal** (Schlußwort): Arsen intravenös eingespritzt, wird schneller ausgeschieden. Die Furcht ist unbegründet. Es vermag die Lebenskraft zu erhöhen und das Leben zu verlängern. Die Rückfälle wurden auch bei den Mamma-Carcinom-Operationen, die zur Bestrahlung kamen, seltener. Der Skirrhus reagiert am besten; medulläre Krebse sind refraktär. Hoffentlich wird die Technik auch hier fortschreiten. Man muß unterscheiden zwischen dem Einfluß der Organe auf die Krebsbildung und der hemmenden Wirkung einzelner Organe, z. B. Eierstock, Milz und Thymus auf das Wachstum. Das hängt wohl mit dem Kalkstoffwechsel zusammen.

Alkalichloride und Alkalikarbonate bei nephritischen und anderen Oedemen.

Herr **Magnus-Levy:** Auch Natronbikarbonat kann z. B. bei Diabetes Oedem hervorrufen, ähnlich wie Kochsalz. Früher schuldigte man das Cl, nicht das Na an. Die Oedeme sollten in beiden Fällen identisch sein. Die deutschen Kinderärzte schoben die Schuld indes dem Natron-Anteil zu. Das beste Versuchsfeld für diese Frage sind die Oedeme der Nephrosen; sie sind massenhaft und reversibel. Sie müssen in solchen Versuchen groß und dauerhaft sein. Man muß die gleichen Mengen geben: 5,8 Na Cl gegen 8,0 $NaHCO_3$. Die Gewichtszunahme war nach Na Cl größer als nach $NaHCO_3$, und zwar ausnahmslos. Aber man weiß nicht, wie sich das Natron selber verhält und wie es ausgeschieden wird. Nach dem Bikarbonat stieg die Chlor-Ausscheidung etwas, aber Na selber stieg fast gar nicht, trotz großer Zufuhr, nur um 4 cg bei 2,3 täglicher Zufuhr. Nach Zugabe von Na Cl stiegen die Oedeme erheblich. Am 3. Tage wurden mehr Cl und Na als vorher ausgeschieden. Das Natronbikarbonat wurde schlechter ausgeschieden als Natronchlorid. Natron ist nicht durchgangsfähig durch die Niere. Also ist das Schädliche das Natron. 7,45 K Cl entsprechen 5,8 Na Cl. Am 4. Tage nach K Cl-Eingabe fand sich die resorbierte Menge wieder im Harn. Unter der Wirkung des K Cl stieg die Cl-Ausscheidung auf 5½ g. Oedeme wurden nicht hervorgerufen und auch geringe Mengen wurden prompt nach Aussetzen des Mittels wieder ausgeschieden. Also ist K Cl leicht ausscheidbar, während Na Cl die Niere schlecht passiert. Dasselbe ergab sich bei weiteren 7 Fällen. Stets sank unter K Cl-Medikation das Körpergewicht, im anderen Falle stieg es oder blieb kon-

stant. Sämtliche Versuche fielen gleichsinnig aus. Nur unter 2 Bedingungen kann man nicht den Unterschied zwischen beiden Salzen ersehen: Umfangreiche Oedeme können schnell schwinden, wenn die Niere gut funktioniert; dann wird die Ausscheidung der Oedeme auch durch große Na Cl-Dosen nicht aufgehalten. Ja, es kann sogar harnsteigernd wirken. Hier leistet auch K Cl etwas, aber ein Unterschied ist nicht mehr zu erkennen. Andererseits kann der Zustand der Niere so schwer sein, daß weder das eine noch das andere Salz noch eine nennenswerte Ausscheidung bewirkt, z. B. bei Glomerulonephritis kommt es dann sogar zu Uebelkeit und Erbrechen.

Wenn also Natron als Bikarbonat ebenso schwer wie als Chlorid ausscheidbar ist, während die entsprechenden Kalisalze leicht ausgeschieden werden, so spielt eben nicht Cl, sondern Na die eigentliche schädigende Rolle. Aehnlich ist es bei Ascites infolge von Lebercirrhose und Kompensationsstörungen der Herzfehler. Auch zwischen Kali- und Natron-Acetat bestehen die gleichen Unterschiede. Was für den kranken Erwachsenen gilt, gilt auch für den gesunden Säugling. Das haben schon L. F. Meyer und Schloss am Kinde gefunden.

Praktisch ist an einen Ersatz des Kochsalzes durch K Cl nicht zu denken. Eher kann man an Salmiak denken. Wichtig ist aber die diuretische Wirkung der Kali-Salze, besonders des Liquor Kali acetici in großen Dosen. Vortr. geht bis zu 30 g, d. h. 6 Teelöffel; sie enthalten 10,0 Kaliacetat. Es bewährte sich an Kranken, die lange anderweitig ergebnislos behandelt wurden. Das ist wichtig bei Herzstauungen, Atemnot, Asthma uraemicum und Lebercirrhose wie auch Diabetes. Aber wirkungslos ist es bei Herzinsuffizienz, Stauungs-Milz und -Leber, sofern Oedeme fehlen. K Cl scheint noch stärker als Kaliacetat zu wirken. Aber Liquor Kali-acetici ist eingebürgert, man steigt langsam von 3 mal ½ Teelöffel bis 6 mal 1 Teelöffel, d. h. 2—10 g in einer Woche. Die Scheu vor dem Kalisalz ist unberechtigt; denn es wird schnell ausgeschieden. Nie sah Vortr. Schaden von den großen Salzmengen selbst bei Nephritis und Nephrose. Nur bei hartnäckigen Herz- und Nierenödemen nutzen sie nichts; hier kann Uebelkeit, Kopfschmerz und Erbrechen eintreten. Langsames Vorgehen schützt vor diesen Zufällen. Die Diät ist die übliche: Na Cl arm oder gar frei, Beschränkung der Nahrung im Sinne der Karelschen Kur; man beginnt mit ¼—⅓ des Bedarfs und steigt langsam an. Ein Allheilmittel sind die Kalisalze nicht. Mode.

III. Bücherschau.

Erste Hilfe bei Geisteskranken. Fünf Vorträge für Hausärzte von Dr. Albrecht Erlenmeyer, leitendem Arzte der Dr. Erlenmeyerschen Anstalten für Gemüts- und Nervenkranke zu Bendorf bei Coblenz, Geh. Sanitätsrat. Bonn 1919, Verlag von Friedrich Cohen. 181 S. 7,80 M.

Die in dieser Schrift veröffentlichten Vorträge sind dazu bestimmt, die Allgemeinpraxis ausübenden Aerzte mit den Aufgaben vertraut zu machen, welche ihnen gegenübertreten, wenn ihre Hilfe bei einem Geisteskranken in Anspruch genommen wird. Es handelt sich dabei immer um Geisteskranke außerhalb einer Anstalt, d. h. entweder solche, bei denen eine Geisteskrankheit erst ausgebrochen ist, die noch nie in einer Irrenanstalt waren, oder solche, die eine Anstaltsbehandlung schon hinter sich haben. Die dem Arzt dabei zufallenden Pflichten sind mannigfacher Art; außer psychiatrischen Kenntnissen erfordert ihre Erfüllung viel Takt, Menschenkenntnis, Vertrautheit mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und in Betracht kommenden Formalitäten. Alle diese Dinge bespricht der erfahrene Verfasser in anregender ausführlicher Darstellung. Die Schrift gliedert sich in folgende Hauptabschnitte: 1. Schutzbehandlung des Geisteskranken in seiner Familie vor der Ueberführung in die Anstalt. 2. Die Entscheidung über die Ueberführung des Kranken in die Anstalt. 3. Das ärztliche Zeugnis für die Aufnahme des Kranken in die Irrenanstalt und die Reise dorthin. 4. Die Aufgaben des Hausarztes während des Aufenthaltes des Kranken in der Irrenanstalt. 5. Die Aufgaben des Hausarztes nach der Entlassung des Kranken aus der Irrenanstalt. Die Inhaltsübersicht läßt erkennen, daß E. sein Thema nach allen Seiten gründlich behandelt. Die Schrift kann als eine wertvolle Bereicherung des ärztlichen Bücherschatzes bezeichnet werden. R. L.

Die Kleinkindfürsorge von Dr. G. Tugendreich. Mit Beiträgen von Dr. Guradze, Johanna Mecke, Lic. Dr. Sellmann. Verlag von F. Enke in Stuttgart. 1919. Preis M. 16,—.

In der Jetztzeit, wo mehr wie je ein kräftiger, gesunder Nachwuchs erzogen werden muß, wird das vorliegende Buch auf einen großen Leserkreis zählen dürfen, und wohl alle Leser werden das Buch mit Befriedigung durchstudieren. Tugendreich hat sich auch für das vorliegende Werk, wie vor einigen Jahren für seine „Mutter- und Säuglingsfürsorge", die Mitarbeit einiger bekannter Autoren für die Spezialfragen der Statistik, des Seelenlebens der Kinder und der Kindergärten gesichert, nur scheinen dem Ref. diese Abschnitte etwas gar zu lang geraten. Dagegen geben die vom Verf. selbst herrührenden Kapitel einen kurzen, systematischen und sehr lehrreichen Ueberblick über die Kleinkindfürsorge. — Nur in einem Punkt kann Ref. dem Verfasser nicht zustimmen. T. scheint unter Anführung eines Berichtes von Dr. E. Schiff einer ärztlichen Behandlung durch die Kleinkindfürsorgestellen neben der beratenden Tätigkeit nicht abgeneigt zu sein, denn bei nur beratender Tätigkeit würden die Beratungsstellen „zu rein statistischen Werkstätten". Ref. ist seit über 20 Jahren in Beratungsstellen tätig, hat aber nie empfunden, daß die Tätigkeit statistischer Art war. Die Arbeit muß eine prophylaktische sein, was in zunehmendem Maße in den letzten Jahren vergessen zu sein scheint. R.

Gehe's Arzneipflanzenkarten. 8.—11. Folge, nach Originalaufnahmen von **Josef Ostermaier,** herausgegeben von Gehe & Co. A.-G., Dresden-N.

Die bekannte Dresdener pharmazeutische Firma legt mit diesen vier neuen Folgen farbiger Pflanzenaufnahmen die Fortsetzung eines bereits vor dem Kriege begonnenen Unternehmens vor, mit dem sie zur Verbreitung pharmakognostischer Kenntnisse in weiteren Kreisen beitragen will; ihr besonderes Ziel ist, die Heilpflanzen im Zusammenhang mit ihren Standorten, als Teil der Landschaft, vorzuführen und so ihr Auffinden zu erleichtern. Für die Arzneibehandlung der Gegenwart, in der die Kräutermedizin ja seit langem nur noch ein bescheidenes Plätzchen beanspruchen darf, hat diese Sammlung wohl nur geringe Bedeutung; die Botaniker und Naturfreunde unter den Aerzten sollen hierdurch aber doch auf sie hingewiesen werden. — Noch sei erwähnt, daß die Firma zur Aufbewahrung der Karten dauerhafte Sammelmappen in Buchform ausgibt. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Zu Abteilungsvorstehern am Institut für Hirnforschung wurden außer Prof. Schuster ernannt Frau Dr. Vogt (Anatomie), Prof. Bielschowsky (Histologie) und Dr. Pfungst (Tierpsychologie). Leiter des ganzen Instituts ist Prof. Vogt.

Kiel. Der a. o. Professor und Direktor des Instituts für gerichtliche Medizin Dr. Ernst Ziemke wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Jena. Der a. o. Professor Dr. Wilhelm Busse (Geburtshilfe und Gynäkologie) ist gestorben. Für Chirurgie habilitierte sich Prof. Dr. Georg Magnus, bisher Privatdozent an der Universität Marburg.

München. Der Privatdozent Dr. Theodor Goett (Kinderheilkunde) erhielt den Titel außerordentlicher Professor.

Würzburg. Der a. o. Professor der Chirurgie W. Lobenhofer wurde zum Leiter des allgemeinen Krankenhauses in Bamberg ernannt.

Graz. Der hiesige Universitätsprofessor Dr. Max Stolz (Gynäkologie) geriet auf einer Skitour in einen Schneesturm und ist erfroren.

Zürich. Prof. Hermann Müller, der frühere Direktor der medizinischen Poliklinik, starb im 76. Lebensjahr. Prof. Wyder tritt mit dem Ende des Sommersemesters von seinem Amt als Direktor der Universitätsfrauenklinik zurück.

Verschiedenes.

Berlin. Es besteht die Absicht, einen Zusammenschluß aller ärztlich geleiteten Privatklinikvereine (Sanatorien, Lungenheilstätten, Privatirrenanstalten usw.) Deutschlands zum Zwecke der Wahrnehmung ihrer gemeinsamen ideellen und wirtschaftlichen Interessen in der Form eines Kartells herbeizuführen.

Die Vorstände aller bisher befragten Verbände und Vereine haben bereits ihr prinzipielles Einverständnis erklärt.

Alle ärztlich geleiteten Privatklinikverbände Deutschlands, die bisher noch keine Zuschriften von Dr. Gustav Emanuel, Charlottenburg, Berliner Straße 17, oder Dr. Arthur Mayer, Berlin, Am Zirkus 9, erhalten haben, werden gebeten, ihre Adresse umgehend einem dieser beiden Kollegen mitzuteilen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Eingeführte Kassenpackungen:

Blenno-Lenicet-Salbe 5 u. 10%; sezernierende Entzündungen, Kalkverletzungen. Bei Bl. adult. et neonat. neben Silbertherapie als Eiter coagulier. Hornhautschutz. Bei neonat. besond. als **Nachtsalbe** — 2,25
Bolusal (Hyperazidität, Darmkatarrhe) . . . . — 1,—
Carbobolusal (neue Bezeichnung für **Bolusal mit Tierkohle)** (auch clysmatisch bei Ruhr, Colitis ulc., Cholera; — Gallen-Blasenbeschwerden, Magen-Darmgärung) . . . . — 1,50
Buccosperin*). Reizlos prompt schmerzstill. **Antigonorrhoicum, Harn-Antisepticum** v. diuretisch., harnsäurelös. u. die Darmperistaltik anregender Wirkung. Auch bei **Harngrieß;** Gicht neben Rheumasan 2—3stündlich 1 Kapsel.
*) (Dünndarmkapseln aus Hexam. tetram., Bals. Copaiv. puriss., Salol, Acid. benzoic., — salicyl., — camphoric., Extr. Bucco.) 40 Tabletten — 7,50
Chrysarobin-Dermasan (Psoriasis, Ekz. pap.) } Hervorragende **Tiefenwirkg.** — 3,20
Chrysarobin-Teer-Dermasan (Chron. Ekzeme) — 3,20
Ester-Dermasan (verstärktes Rheumasan) (Phlebit., Gichtknoten, Arthritis def., tabische Schmerzen, Adnexerkrank., Sohlenschmerzen, Schwielen) — 2,50
Ester-Dermasan-Vaginal-Tabletten (CO_2) (Adnex, Fluor) 12 St. — 2,50
Formaldehyd-Lenicet-Puder, bei starkem Schweiß . . . . — 2,25
Jod-Dermasan (kräftigstes Resorbens, z. B. Drüsen) . . . . — 3,20
Kupfer-Dermasan mit „Tiefenwirkung"; Lupus . . . . . . — 4,50
Leni-Laxanin-Pillen (2—4 St.) Stuhl regulierend . . . . 50 Pill. — 2,—
*) **Lenicet-Bolus** 20%, steril. u. **Vaginal-Tabl.** (CO_2) } Vaginal- usw. Katarrhe — Wunden — 1,50
Lenicet-Bolus c. Argt. ½%, steril. u. **Vagin.-Tabl.** (CO_2) — 3,50
Lenicet-Bolus c. Jod 1%, steril . . . . — 3,50
Lenicet-Bolus c. Peroxyd. 5%, oder c. Milchsäure . . . — 2,75
Lenicet-Brandbinde (reizlos, nicht festbackend) . . . . — 2,60
Lenicet-Hautkrem (Lenikrem), Haut- und Kühlsalbe bei Intertrigo, Sonnenbrand und für Augen . . . . Tube — 3,75
Lenicet-Kinderpuder (Lenicet-Streupulver) 5% . . . . Beutel 35 g — —,50
Beutel 100 g — 1.20
Lenicet-Mundwasser (Pulverform); tägl. Gebrauch, Mund- und Nasenspülung. Prophylacticum: Infektionskrankheiten, auch zur Inhalation bei Katarrhen. Ungelöst **geschnupft** bei Kopfschmerz u. trockenen Katarrhen, sowie z. Zahnfleischmassage u. Reinig. künstl. Gebisse Dose — 2,50
Lenicet-Paste (wird Zinkpaste vorgezogen; farblos) . . . . Tube — 2,40
Lenicet-Salbe (Wund-, Augen-, Massagesalbe) 1/1 Dose **3,—, 1/2 1,50,** 1/4 — —,75
Lenicet-Silberpuder ½% (Ekzema exfoliat., Ulc. cruris usw.) . . . . — 2,50
Lenicet-Streupulver 50% (Schweiß, nässende Wunden) . . . . . 90,0 — 3,—
Lenicet-Wund- u. Schweißpuder (Lenicet-Streupulver 20%) (Hautschutz-Dauerverband) . . . . . . Kassenpackung, Beutel ca. 100,0 — 1,50
Lenicet-Zäpfchen (Torpedoform), Haemorrhoiden . . . . . . 6 Stück — 4,—
Lenicet-Belladonna-Zäpfchen (Torpedof.) Tenesmus. Haemorrh 6 St. — 4,50
Lenirenin (staubfrei) Acute Rhinitis, Heu-Jodschnupfen, Blepharitis, Otitiden, Nasen-Zahnblutungen. Dolor post extractionem . . . . — 1,80
Lenirenin-Salbe (Kleine Chirurgie, Nasensalbe, Haemorrhoiden) . . . . — 3,—
Lenirenin-Belladonna-Salbe (Haemorrhoiden. Tenesmus) . . . . — 3,50
Lenirenin-Suppositorien (Torpedoform) Haemorrhoidal-Blut. 6 Stück — 5,—
Liquat-Salz: Wirkung wie Liq. alum. acet. (zum Auflösen) . . . . . . — 1,50
Peru-Lenicet-Kompresse (Ulcus crur.) . . . . — 1,50
Peru-Lenicet-Pulver (Peru-Len. Bolus) (Ulc. cr., Prurit.) . Streudose — 2,50
Peru-Lenicet-Salbe (Wunden, Haemorrh, Ekz.) . . 1/1 = **2,40,** 1/2 = — 1,75
Rheumasan, Rheumatismus, Ischias, Neuralgien, Influenza usw. Auch geg. Sohlenschmerzen, Schwielen; feuchte, kalte Füße (Berlin usw. M. **1,28)** — 1,70
Teer-Dermasan (chronische Ekzeme). Hervorrag. **Tiefenwirkung** — 3,20
Uro-Lenicet-Tabletten (Urotropin. Lenicet āā 0,25) Gallen-Blasenantisept., Grippe, Typhus-, Erkältungskrankh. (frei von Nebenwirkung!), Oxyuriasis . . . . 30 Tabletten à 0,5 — 2,50

*) **Siccotubus** wieder da! Literatur und Präparate-Proben.

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik,
Charlottenburg 4/C.



Aureollampe Quarzlampe

(Künstliche Höhensonne)

Aufklärung

Die „Aureollampe" ist nichts anderes als eine der seit Jahrzehnten bekannten, sogenannten Kopierbogenlampen mit eingeschlossenem Lichtbogen mit allen großen Nachteilen dieses Systems:

dreifach höherer Stromverbrauch als Hanauer Höhensonne, ständiger Kohlenersatz und Bedienung, Beschlagen und Zerspringen der Schutzglocken, Entwicklung nitroser Gase, unstetes Licht und häufiges Erlöschen.

Die „Aureollampe" kann als Neuerung oder als therapeutische Konkurrenz zur Hanauer Höhensonne ebensowenig in Frage kommen wie die ebenfalls seit Jahrzehnten bekannten Kohlenbogenscheinwerfer oder Bestrahlungsbogenlampen, die auch nur da Gutes leisten mögen, wo eine milde Ultraviolettwirkung entsprechend dem filtrierten Quarzlampenlicht genügt. — An der „Neuheit" ist nichts neu als die Bezeichnung. Diese verdient weder Aufmerksamkeit noch Mehrpreis.

Gleichwertige Kopierbogenlampen sind deshalb bei jedem Installateur — auch durch uns — weit billiger erhältlich.

Aerzten, die sich für Kohlenbogenlicht interessieren, ist der billigere Bezug beim Installateur anzuraten. Jeder „Quarzlampen-Ersatz" sollte jedenfalls nur zur Probe bezogen werden, mit der strikten Bedingung der Zurückgabe, sobald die im Vergleich zur Quarzlampe weitaus geringere Wirksamkeit erkannt ist.

Mit weiteren Auskünften steht zu Diensten

Quarzlampengesellschaft m. b. H. Hanau

Original-Hersteller von
Dr. Bachs Höhensonne
Prof. Jesioneks Höhensonne
Heusners „SOLLUX" (Ergänzungs-Höhensonne)
Prof. Kromayers Quarzlampe

Zahlreiche Buchliteratur
Ueber 650 Publikationen
Uebersicht kostenlos

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang · Berlin, 21. Februar 1920 · No. 8

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung





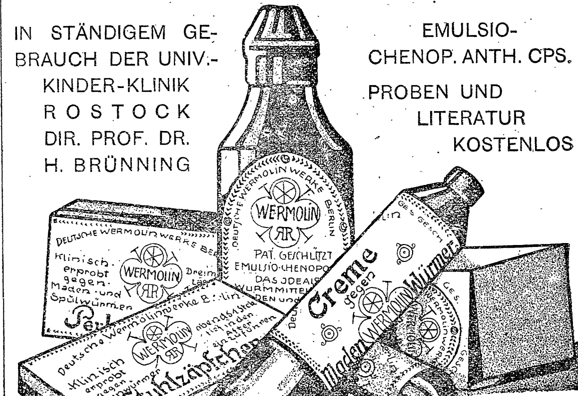
D. R. G. M. **SPECIFIKUM** D. R. P. ANG.

GEGEN MADEN- U. SPULWÜRMER

IN STÄNDIGEM GEBRAUCH DER UNIV.-KINDER-KLINIK ROSTOCK DIR. PROF. DR. H. BRÜNNING

EMULSIO-CHENOP. ANTH. CPS.

PROBEN UND LITERATUR KOSTENLOS



DEUTSCHE WERMOLIN WERKE

BERLIN

SW 11 / Königgrätzer Str. 66 / Amt Lützow 3642

Supersan *(ges. gesch.)*

zur Behandlung der **Tuberkulose, Pneumonie, Bronchitis, Pertussis** und **Sepsis puerperalis** als auch gegen **Grippe.**

1 Originalfl. = 30 ccm Inh. 15.— M.

Literatur sendet den Herren Aerzten auf Wunsch zu die **Kronen-Apotheke, Breslau V.**

Aachener

Kaiserbrunnen  **Kaiserquelle**

kohlensäurehaltiges bestes Tafelwasser — *natürliches Thermalwasser zu Haustrinkkuren,*

abgefüllt unter Kontrolle der Stadtverwaltung wirkt vorbeugend und heilend bei

Rheuma, Gicht, Katarrhen

der Verdauungs- und Atmungs-Organe etc. Brunnenschriften durch Aachener Thermalwasser „Kaiserbrunnen" A. G. Aachen-Nord 44



Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten für praktische Aerzte

von

San.-Rat Dr. Reinh. Ledermann (Berlin)

4. Auflage mit 88 Abbildungen

Preis gebunden M. 10.80

Von der gesamten Fachpresse glänzend begutachtet. Die Deutsche med. Wochenschrift urteilt: ... Einer Empfehlung bedarf dieses bewährte therapeutische Vademecum nicht mehr ...

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W 30

KORKE

Prima-Qualität liefert preiswert **Einbecker Korkenfabrik Aug. Göpner, Einbeck**

Gegen Katarrhe





89. Jahrgang Berlin, 21. Februar 1920 No. 8

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **Ernst Mosler** und Dr. **Ernst Herzfeld** (Berlin): **Der systolische Blutdruck im Kindesalter.** (Mediz. Klinik, 1919, Nr. 36.)

In der Literatur finden sich wenige Angaben über die Höhe des Blutdruckes im Kindesalter. Die Verfasser haben schon vor dem Kriege Messungen des Blutdruckes an Kindern angestellt und stellen hier kurz die damals erhaltenen Ergebnisse zusammen. Darnach steigt der Blutdruck mit zunehmendem Alter allmählich und ist bei älteren Kindern dem der Erwachsenen gleich. Für das Alter von 4—5 Jahren fanden die Autoren 83 mm als Durchschnittswert, für das Alter von 13—14 Jahren 110 mm.

Dr. **J. Ohlmann** (Berlin): **Brustwandödem als Symptom schwerer Lungenentzündung bei Kindern.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, Nr. 37.)

Wie Verfasser auseinandersetzt, ist das in der Literatur bei Pleuritis und Empyem erwähnte Brustwandödem als ein entzündliches Oedem aufzufassen. Daneben kommt bei Pneumonien und bei Erkrankungen, die eine Kreislaufschwäche im Gefolge haben, ein lokales Brustwandödem vor. Dies Oedem ist als Stauungsödem aufzufassen und durch die Verschlechterung der Herztätigkeit bedingt. Es handelt sich bei diesem Oedem um eine ödematöse Beschaffenheit der Haut geringeren Grades, die mit dem bloßen Auge nicht wahrzunehmen ist. Man muß nach Verfasser besonders darauf achten und daraufhin untersuchen, sonst findet man das Brustwandödem nicht; durch Fingerdruck läßt es sich nachweisen. Verfasser beobachtete das Brustwandödem, in der Mehrzahl der Fälle auf die Gegend um die Mamillen beschränkt, 20 mal bei Kindern von 4 Wochen bis zu 2 Jahren, nur einmal bei einem 7 jährigen Mädchen. 15 mal handelte es sich um Pneumonien. Das Auftreten des Brustwandödems war fast immer ein Zeichen der Schwere der Erkrankung; eine leichte Pneumonie verursacht nur sehr selten ein Brustwandödem. Die Pneumonien mit Brustwandödem hatten eine Mortalität von 75 %.

Dr. **Ernst Naef** (München): **Klinisches über die endemische Encephalitis.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 36.)

Auch in der zweiten medizinischen Klinik zu München kamen, wie Verfasser berichtet, im Frühjahr 1919 eine Anzahl von Encephalitisfällen zur Beobachtung. 8 Fälle verliefen unter dem Bilde der Encephalitis lethargica, davon wurde einer geheilt, 6 starben, bei einem war der Ausgang zweifelhaft. 3 weitere Fälle, die geheilt wurden, waren als Formes frustes aufzufassen. Einige weitere Fälle die zur Heilung kamen, verliefen unter dem Bild eines Kleinhirntumors. Eine vierte Gruppe von Encephalitisfällen zeigte bulböse resp. spinale Symptome. Die Lumbalpunktionen ergaben bei einer Anzahl von Fällen erhöhten Druck, gelegentlich eine leichte Eiweißvermehrung, fast regelmäßig Zellvermehrung mäßigen Grades. Eine Anzahl der Kranken zeigten ein uncharakteristisches Fieber. Fast in allen Fällen war Grippe vorausgegangen oder bestand gleichzeitig. Therapeutisch erwies sich nichts als wirksam. Die Lumbalpunktionen brachten gelegentlich subjektive Besserung.

Dr. **Fritz Lesser** (Berlin): **Abortivheilung der Syphilis durch 2—3 Neosalvarsaninjektionen.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 37.)

Auf Grund der neueren Erfahrungen muß man nach Verfasser das frühere Primärstadium der Syphilis in folgende Stadien einteilen: a) Spirochätenfund vor Ausbildung eines Primäraffekts bei negativer Wassermann'scher Reaktion. Man findet kleine Scheuerwunden, diffuse Rötungen, ev. mit leichter Sekretion (Balanitis), herpesähnliche Efflorescenzen, aber noch keine umschriebene Erosion. b) Spirochätenfund im klinisch charakterisierten Primäraffekt bei negativer Wassermann'scher Reaktion. Man findet eine umschriebene Erosion, meist mit leichter Induration, noch keine indolenten Leistendrüsen. c) Spirochätenfund im klinisch ausgebildeten Primäraffekt mit deutlicher Induration und beginnenden indolenten Leistendrüsen. Die Wassermann'sche Reaktion ist bei Verwendung alkoholischer Extrakte oft noch negativ, dagegen bei Benutzung empfindlicherer Extrakte (Aether- oder Cholesterinextrakte) häufig bereits positiv oder schwach positiv. d) Spirochätenfund im Primäraffekt (Erosion mit deutlicher Induration) bei ausgebildeten indolenten Bubonen und positiver Wassermann'scher Reaktion. Nach Verfasser gelingt nun eine Abortivheilung am sichersten bei den noch im Stadium a) befindlichen Infektionen. In derartigen Fällen gelang es ihm stets, durch eine einzige kurzfristige, aus 2—3 Neosalvarsaninjektionen bestehende Kur in etwa einer Woche eine Dauerheilung der Syphilis herbeizuführen (Einzeldosis 0,6 g Neosalvarsan). Verfasser berichtet über 14 Fälle von Abortivheilung mit zum Teil längerer Kontrollbeobachtung (bis zu 6 Jahren). Er weist ferner darauf hin, daß auch in Fällen, in denen die positive Wassermann-Reaktion noch nicht lange besteht, eine Dauerheilung der Syphilis durch eine einzige Salvarsankur (ohne Hg) noch gelingen kann, wenn auch nicht so regelmäßig, wie in der erstgenannten Gruppe.

Privatdozent Dr. **W. Schönfeld** und Dr. med. **G. Birnbaum** (Würzburg): **Ueber Silbersalvarsannatrium mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Wa.-R.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 38.)

Ihre Erfahrungen bei über 1000 Injektionen von Silbersalvarsannatrium fassen die Autoren folgendermaßen zusammen. Das Silbersalvarsannatrium wirkt schnell auf vorhandene klinische Erscheinungen, mäßig auf Drüsenschwellungen. Verglichen mit den übrigen Salvarsanpräparaten ist es dem Neosalvarsan und dem Salvarsannatrium (ohne Hg)

überlegen. Es reicht wohl nicht ganz an die Wirksamkeit des Altsalvarsans in seiner ursprünglichen Dosierung heran, ist aber augenscheinlich weniger giftig. Die Wirkung auf das serologische Verhalten ist eine wechselnde. Frühsyphi is mit positiver WaR. und kurz zurückliegendem Krankheitsbeginn wird durchschnittlich in 2/3 der Fälle nach 6 Wochen negativ, bei 1/3 der Fälle trotzt die WaR. der Behandlung. Aeltere Allgemeinsyphilis mit positiver WaR. verhielt sich bei der angewandten Dosierung (11—12 Injektionen innerhalb 8—12 Wochen, Gesamtdosis 2,95) refraktär. An vorübergehenden Nebenwirkungen tritt am häufigsten der angioneurotische Symptomkomplex auf, häufiger als bei Neosalvarsan und Salvarsannatrium und auch bei Altsalvarsan. Anhaltende Nebenwirkungen, bezw. Dauerschädigungen wurden bisher nicht beobachtet. In 2 Fällen trat eine schwere universelle Dermatitis auf. Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen den Nebenwirkungen der älteren Salvarsanpräparate (Exantheme verschiedenen Grades, Thrombosen usw.) war nicht festzustellen. Bei älteren Syphilisfällen empfehlen die Verfasser kombinierte Quecksilberbehandlung, unter Umständen abwechselnde Kuren mit Hg bezw. Silbersalvarsan.

Gustav Stümpke (Hannover): **Zur Aetiologie der akuten gelben Leberatrophie (Lues, Salvarsan?).** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 38.)

Ein 19jähriges Mädchen wurde mit einer frischen, unbehandelten sekundären Syphilis in das Krankenhaus eingeliefert. Es bestanden nässende Papeln am Genitale, in denen die Spirochaete pallida nachgewiesen wurde, ferner Drüsenschwellungen, die Wassermann-Reaktion war stark positiv. Bereits bei der Aufnahme bestand Ikterus und nachweisbare Leberschwellung, die später dann in Leberatrophie überging. Die Kranke erhielt 3 Einspritzungen von Neosalvarsan 0,3, und zwar immer mit einer Zwischenpause von 7 Tagen. Die Einspritzungen wurden gut vertragen, die Papeln am Genitale hatten sich nach den ersten beiden Einspritzungen zurückgebildet. Die Lebererkrankung jedoch schritt weiter fort, außer einem Ascites entstanden auch Flüssigkeitsansammlungen in den Brustfellhöhlen; etwa 5 Wochen nach ihrem Eintritt ins Krankenhaus starb die Kranke. Die Sektion ergab eine herdförmige Myokarditis, akute Leberentartung, hochgradige Stauung in Brust- und Bauchorganen. Spirochäten waren in Levaditipraeparaten von Herz und Leber nicht zu finden. Am Herzen fanden sich akute Entzündungsherde und Nekrosen im Myokard, stellenweise erweicht und vereitert; im Innern der Herde in Blutgefäßen Bakterienpfröpfe. Nach Verfasser war die Lebererkrankung wahrscheinlich durch die toxische Wirkung der Lues hervorgerufen; das Neosalvarsan hat dann möglicherweise weiter leberschädigend gewirkt. Für die Herzaffektion nimmt Verfasser eine embolische Entstehung an.

Prof. Dr. **M. Zondek** (Berlin): **Diagnostik und Operation einer pyonephrotischen Hufeisenniere.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 36.)

Die Hufeisenniere kommt häufiger vor, als man früher glaubte; die Statistik hat ergeben, daß auf 700—1000 Sektionen je eine Hufeisenniere kommt. Im allgemeinen ist die Hufeisenniere häufiger als die normale erkrankt, was sich aus den anatomischen Verhältnissen erklärt; nicht selten findet sich Pyonephrose, Kalkulose, Pyelonephritis. Die Diagnose der Hufeisenniere hat für einen eventuellen operativen Eingriff ein erhebliches praktisches Interesse. Nach Verfasser kommen für die Diagnose folgende Merkmale in Betracht. 1. Beide Schenkel der Hufeisenniere sind im allgemeinen erheblich weiter nach unten, medialwärts und nach vorn gelagert als die normaale Niere. 2. Die Längsachsen der beiden Schenkel der Hufeisenniere konvergieren im allgemeinen nach unten oder verlaufen der Längsachse der Wirbelsäule annähernd parallel, während normalerweise die Längsachsen der Nieren nach oben konvergieren. Die Lage und Richtung der Nieren sind oft durch Palpation und Röntgenaufnahme festzustellen. 3. Die Becken der Hufeisennieren sind im allgemeinen vorn gelagert, was man oft durch Pyelographie erkennt. 4. Die Ureteren sind abnorm kurz, vorausgesetzt, daß sie nicht geschlängelt sind, und verlaufen annähernd vertikal. Man kann dies durch Röntgenaufnahme nach Einführung schattengebender Katheter in die Harnleiter nachweisen. Auf Grund dieser Merkmale konnte Verfasser in 2 Fällen das Vorhandensein einer Hufeisenniere einwandfrei vor der Operation diagnostizieren. Ueber einen dieser Fälle, in welchem er wegen kalkulöser Pyonephrose und Pyelonephritis einen Schenkel operativ entfernte, berichtet er kurz.

Privatdozent Dr. **B. Martin** (Berlin): **Ueber Fettransplantation bei traumatischer Epilepsie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, Nr. 37.)

Um nach Schädelverletzungen zurückgebliebene Defekte der Dura und Hirnsubstanz auszufüllen, wurde die Einpflanzung von Fettgewebe empfohlen. Es sollte dadurch auch die Narbenbildung und die dadurch bedingte traumatische Epilepsie verhütet werden. Auf Grund der Erfahrungen an 5 Fällen von Schädelverletzungen, bei denen das Verfahren zur Anwendung kam, um die traumatische Epilepsie zu heilen, kann Verfasser das Verfahren nicht empfehlen. Von den 5 mit Fettransplantation behandelten Patienten kehrten bei drei nach kurzer Zeit die Anfälle wieder. Die Wundheilung war bei allen reaktionslos verlaufen. Ein Patient wurde auf einige Zeit gebessert, nur einer blieb 3/4 Jahr nach der Operation von Anfällen frei, leidet aber an starken Schmerzen im Kopf. Im besten Falle wird eine sehr langsam schrumpfende und feste Verbindung zwischen Hirnrinde und Schädeldach hergestellt. Histologische Untersuchungen, die Verfasser in dem einen der Fälle nach Entfernung des eingepflanzten Fettlappens bei einer zweiten Operation anstellte, ergaben, daß das Fettgewebe in etwa 60 Tagen zum größten Teile zugrunde gegangen und durch Narbengewebe ersetzt war.

Sanitätsrat Dr. **Henrichsen** (Schwanheim a. M.): **Trypaflavin vom Standpunkt des praktischen Arztes.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1919, Nr. 36.)

Verfasser kann auf Grund ausgedehnter Verwendung die gute Verwendbarkeit des Trypaflavins als bactericides Mittel bestätigen. In 1 promilliger Lösung bewährte es sich als Wundantiseptikum besonders auch bei der Behandlung verunreinigter frischer Verletzungen und von eiternden Wunden. Fisteln usw. Es kann in der Wundbehandlung auch in Form von Pulver und Trypaflavin-Gaze gebraucht werden. Ferner bewährte sich das Mittel bei der Behandlung der Bartflechte. Die Behandlung bestand in 2mal täglicher Einpinselung folgender Mischung: Trypaflavin neutr. 5, Glyzerin 2,5, Spirit. ad 50. Oberflächliche Trichyphytien, Herpes tonsurans usw. kommen bei dieser Behandlung in wenigen Tagen zur Abheilung. Bei der tiefen Bartflechte pinselt man die Flüssigkeit mit scharfem Borstenpinsel 2mal täglich kräftig ein und bedeckt ev. die Stelle mit einem Mullverband. Epilation ist nicht erforderlich, dagegen muß man täglich die geschwulstartigen mit massenhaften Pusteln und Knollen durchsetzten furunkelähnlichen Bildungen der Haut von Schuppen und Krusten befreien und ausdrücken, zweckmäßig mittels in H_2O_2 getränkter Wattebäusche. Kleine subkutane Abzesse werden punktiert, der Inhalt ausgedrückt und alsdann mit obiger Mischung gepinselt. Bei Impetigo, furunkulösem und impetiginösem Ekzem bewährten sich Umschläge mit der 1prom. Trypaflavinlösung. Bei 2 Fällen von Gonorrhöe beseitigten Einspritzungen von Trypaflavin in der Stärke 0,1 : 400 bis 0,1 : 100 die Sekretion ziemlich rasch; einen Fall von Blennorrhoea neonatorum brachten Einträufelungen von 0,5—1 proz. Trypaflavinlösung, verbunden mit Abreiben der Bindehaut mit in 2proz. Trypaflavin getränkter Watte, ziemlich rasch zur Heilung. Auch bei anderen Bindehautentzündungen mit starker Absonderung, ferner bei Hornhautverletzungen und Hornhautgeschwüren gebraucht Verfasser mit gutem Erfolg Einträufelungen von 1proz. Trypaflavinlösung. — Ferner benutzte Verfasser die 1/2—1 proz. Lösung zur Behandlung von Stomatitis, Anginen usw.; hierbei werden auch die im Handel befindlichen Trypaflavin-Pastillen mit Nutzen gebraucht. Ebenso bewährte sich die Trypaflavingaze zur Tamponade des Gehörgangs bei einigen Ohrentzündungen. Ein Fall von ulcus molle kam unter Umschlägen mit 1prom. erwärmter Trypaflavinlösung zur Heilung. Endlich verwandte Verfasser das Trypaflavin zu Scheidenspülungen (1 promill. Lösung) bei Fluor albus, Erosionen usw., zu Ausspülungen nach septischem Abort und nach manueller Plazentarlösung.

Dr. **Friedrich Fischl** (Wien): **Ueber Therapie der Trichophytie mit besonderer Berücksichtigung der tiefen Formen.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 38.)

Nach den Erfahrungen des Verfassers reagieren die stark vorspringenden, knotigen, ziemlich scharf abgesetzten, an ihrer Oberfläche mit kleinen Abzessen bedeckten Herde am besten auf eine kombinierte Behandlung mit Terpentininjektionen und Resorcinpasta. Man beginnt mit 0,25 cm³ einer 20proz. Terpentinemulsion, steigt nach 2 Tagen auf 0,5, nach derselben Zeit auf 0,75 und schließlich auf 1 cm³, letztere Dosis wiederholt man, wenn nötig, sogleich. Nach der ersten Injektion legt man 15proz. Resorcinpaste (Resorcin alb. 3, Vaselin 5, Pasta Zinci Lassar 15) nicht zu dick, zweimal täglich auf die Krankheitsherde. Bereits nach der zweiten oder dritten Terpentininjektion sind die Knoten wesentlich flacher geworden, die Epilation läßt sich dann leicht manuell ausführen (ev. auch durch Röntgenbestrahlung). Hierauf Fortsetzung der Terpentininjektionen und der Resorcinanwendung, bis die erkrankten Partien nur noch leicht das normale Hautniveau überragen. Nunmehr wird mehrere Tage ein täglich erneuertes graues Pflaster oder eine Jodkalisalbe (Jodi puri 0,3, kal. jod. 3, Vaselin 3,0) appliziert. Diese Methode führt auch bei schweren Formen in 3—4 Wochen zur Heilung. Die Resorcinpaste auf den Knoten wird unbedeckt gelassen, der Resorcinschorf 3mal täglich

durch Abreiben mit 1 proz. Sublimatlösung zur Abstoßung gebracht. Verf. empfiehlt, die geheilten Herde und ihre Umgebung noch ein bis zwei Wochen täglich mit 2 proz. Formalinspiritus zu betupfen. — Bei den mehr infiltrativen Formen der tiefen Trichophytie empfiehlt Verfasser Trichophytininjektionen in Verbindung mit örtlicher Anwendung der 15 proz. Resorcinpaste. Es wird mit der Verdünnung 1:50 von „Trichophytin Höchst begonnen und an 3 Stellen des Armes je 0,1 davon intradermal eingespritzt, so daß linsengroße Quaddeln entstehen. In je 4 tägigen Intervallen werden die Verdünnungen 1:40, 1:30, 1:20, 1:10 injiziert. Es treten fast stets mäßige Temperatursteigerungen auf. Bei dieser Kombinationstherapie gelangten die Infiltrate in 3—4 Wochen zur Resorption, die, wenn nötig, in der vierten Woche noch durch Quecksilberpflaster befördert wurde. Manuelle Epilation ist auch hier erforderlich. Bei der Behandlung der oberflächlichen Trichophytie verwendet Verfasser Unguent. sulfurat. Wilkinson. zu gleichen Teilen mit Zinkpaste oder auch Formaliment, ein neues Präparat, eine Verbindung von basisch schwefelsaurer Tonerde mit Hexamethylentetramin, endlich auch Perhydrol.

Prof. Dr. **W. Benthin** (Königsberg i. Pr.): **Lymphdrüsen bei Erkrankungen der Gebärmutter.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 33.)

Verfasser gibt zunächst einen kurzen Ueberblick über den Verlauf der Lymphbahnen der weiblichen Geschlechtsorgane. Dann bespricht er speziell das Verhalten der Lymphdrüsen bei Erkrankungen der Gebärmutter. Entsprechend der Funktion der Lymphdrüsen als Filter sind bei allen Krankheitsprozessen der Gebärmutter, bei denen die Lymphbahnen affiziert sind, und eine Abschwemmung von Infektionsmaterial möglich ist, sei es, daß es sich um bakterielle Keiminvasion handelt oder um eine maligne Neubildung, die zugehörigen Lymphdrüsen beteiligt. Bei den infektiös entzündlichen Prozessen spielt jedoch praktisch die Beteiligung der Lymphdrüsen, wenigstens in diagnostischer Beziehung vom gynäkologischen Standpunkt aus, keine Rolle. Denn bei den Beckenlymphdrüsen ist der Nachweis der Beteiligung der Drüsen bei entzündlichen Krankheitsprozessen außerordentlich schwierig, wenn nicht gar unmöglich. Wichtiger sind die pathologischen Veränderungen der Drüsen bei malignen Neubildungen, insbesondere beim Gebärmutterkrebs. Das Befallen- oder Nichtbefallensein der regionären Lymphdrüsen entscheidet über das Schicksal der Krebskranken. Die Drüsen sind am Carcinom nur in einem Teil der Fälle beteiligt. Gelegentlich werden in den Drüsen bei Carcinom Bakterien gefunden (meist Streptokokken). Dadurch erklärt sich nach Verf. das gelegentliche Auftreten von Fieber, z. B. nach Radiumapplikation. — Beim Portiokarcinom erkranken die Glandulae hypogastricae und iliacae in erster Linie, selten sind die Glandulae sacrales beteiligtö Auch beim Cervixkarcinom sind die Glandulae iliacae hauptsächlich beteiligt. Dagegen treten die parametranen Lymphdrüsen an Bedeutung zunächst zurück. Beim Corpuskarcinom erkranken im wesentlichen die Lumbaldrüsen, nur ausnahmsweise findet man Metastaasen in den Leistendrüsen. Die Untersuchung auf Drüsenmetastasen hat nicht die Bedeutung, die man annehmen könnte. Einigermaßen sichere Anhaltspunkte gewinnt man, abgesehen von den leicht fühlbaren Leistendrüsen, nur bei der Operation. Absolut sichere Anhaltspunkte erhält man auch dann nicht immer. Der vollständigen Entfernung der erkrankten Lymphdrüsen bei der Operation der Gebärmutterkarcinome stehen schon aus anatomischen Gründen große Schwierigkeiten entgegen. Beim Corpuskarcinom wird jetzt im allgemeinen von der Drüsenausräumung Abstand genommen. Bei beginnenden Portiokarcinomen ist die Drüsenexstirpation überflüssig. Bei den vorgeschrittenen Portiokarcinomen und den Cervixkarcinomen sind vorzüglich die iliacalen und hypogastrischen Lymphdrüsen carcinomatös erkrankt und somit hauptsächlich zu entfernen. Praktisch genügt also meist auch beim Cervixkarcinom die isolierte Drüsenexstirpation. Von den meisten wird auf ausgiebige Entfernung des Bindegewebes beim Carcinom größeres Gewicht gelegt, als auf die vollständige Entfernung der Lymphdrüsen. Die Königsberger Frauenklinik verzichtet seit einigen Jahren auf eine grundsätzliche Entfernung der Drüsen. Die Vernichtung eventuell sich entwickelnder, restierender Drüsenmetastasen wird der aus prophylaktischen Gründen stets angewandten Strahlentherapie überlassen.

Dr. **F. Kauert** (Hamburg-Barmbeck): **Ueber Proteïnkörpertherapie bei Adnexerkrankungen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1919, Nr. 36.)

Wie Verfasser berichtet, wurden in der gynäkologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbeck Versuche über die Wirkung der Proteïnkörpertherapie bei entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane angestellt. 16 Fälle von Pysalpinx, sowohl akute wie chronische, wurden mit Einspritzungen von Aolan, einer sterilen, entfetteten Milch behandelt. Eine Abkürzung der Behandlungsdauer oder eine sonstige günstige Wirkung gegenüber der üblichen konservativen Behandlung wurde nicht beobachtet. Nicht besser wirkten die intraglutäalen Einspritzungen von frischer, sterilisierter Milch (jedesmal 10 ccm), trotzdem nach diesen stärkere Temperatursteigerungen auftraten, verbunden mit Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Uebelkeit. Auch an der Einspritzungsstelle kam es häufig zu Schmerzen. Somit scheint die Proteïnkörpertherapie bei den entzündlichen Adnexerkrankungen keinen Vorteil zu bieten.

II. Um das Friedmannsche Tuberkulosemittel.

Die abgeklärte Ruhe, die sonst in dem Hörsaal des Kaiserin-Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen herrscht, drohte durch eine leidenschaftliche Debatte gestört zu werden, wenn es nicht Herrn Prof. Adam gelungen wäre, durch geschickte Leitung der Verhandlungen die Lösung der ganzen Frage um einen bedeutsamen Schritt näher zu bringen.

Am 10. 2. 20 sollte nach dem Programm des Fortbildungskurses His (Berlin) über das Friedmann'sche Tuberkulose-Mittel berichten; das Zentral-Komitee für das ärztliche Fortbildungswesen zog es aber vor, eine beschränkte Debatte einzuleiten, in der außer His auch noch Bier (Berlin), Unverricht (Berlin), Frischbier (Belitz) und von den Freunden Friedmanns Göpel (Leipzig) und Deuel (Leipzig) zu Worte kommen sollten, nachdem Friedmann es abgelehnt hatte, Freunde seines Mittels für den Abend namhaft zu machen, da die Tendenz der Veranstaltung durchsichtig sei. Als beantragt wurde, daß auch Schleich und Dührssen, bekanntlich begeisterte Freunde des Friedmann'schen Mittels, zu Worte kämen, gab Adam als Leiter der Veranstaltung die Erklärung ab, daß erst die eingeladenen Herren ihre Referate halten und dann die Versammlung darüber beschließen sollte, ob auch jene beiden Herren sprechen sollten.

Das Referat von His war leidenschaftslos gehalten und brachte allmählich die erregten Gemüter zur Ruhe. Er setzte die Grundsätze der Prüfung neuer Heilmethoden auseinander, nachdem die Mehrzahl der Mittel nicht mehr zufällig gefunden, sondern planmäßig gesucht werde. Die Erfinder neuer Heilmittel sind — das liegt nun einmal in der Natur der Dinge — Enthusiasten. Diesem Schicksal entging nicht einmal der geniale Erb, als er die Elektrotherapie zum Gemeingut der Aerzte machte. Ueber den Wert neuer Mittel entscheidet die Zeit und die Zahl der Beobachtungen. Aber man darf nicht vergessen, daß Statistiken nur für Vergleichbares zu verwenden sind. Was ist aber bei der Tuberkulose gleichartig? Wichtig ist auch die Zuverlässigkeit der Beobachtungen, besonders bei der Tuberkulose, deren Anfangsstadien so schwer zu beurteilen sind, wobei oft nur der Allgemeineindruck entscheidet. Bei der besonderen Art, die für die Prüfung des Friedmann'schen Mittels in Anwendung gekommen sei, indem Friedmann das Mittel nicht der Allgemeinheit der Aerzte zugängig machte, sondern nur einem kleinen Kreis und unter ganz bestimmten Bedingungen, ließ sich aus der Literatur kein Urteil bilden. Deswegen ist eine Kommission aus Freunden und Gegnern zusammengesetzt worden, die nunmehr das Mittel prüfen soll. Hoffentlich gelingt es recht bald, die Differenzen auszugleichen und zu klären und dem Friedmann'schen Mittel die gebührende Stelle in der Medizin einzuräumen. Mit dem Wunsch, daß nur objektive Forschung, kein Eifer, keine Leidenschaft die Wege dazu weisen, schloß His sein von den Hörern beifällig aufgenommenes Referat.

Bier (Berlin) tritt in seinem Bericht zunächst dem vielverbreiteten Irrtum entgegen, daß die chirurgische Tuberkulose schwer zu heilen sei. Mit Sonnenlicht (nicht mit künstlicher Sonnenstrahlung, sondern den Strahlen der Sonne am Himmel) heilen ohne Operation ca. 80 % der Fälle; die Zahl würde noch höher sein, wenn die Behandlung nicht so langwierig wäre. So erstrebenswert die allgemeine Anstaltsbehandlung sei, dürfen wir aber nicht vergessen, daß wir arm geworden sind und uns nicht die genügende Zahl von Anstalten leisten können. Wir müssen wieder die Tuberkulose ambulant behandeln. Wenn Friedmann, wie er sagt, mit einer einzigen Injektion die Tuberkulose heilen kann, dann wäre das Ideal gegeben. Aber Bier ist von dem Werte des Friedmann'schen Mittels nicht überzeugt. Friedmann hat vor einigen Jahren von Bier die Genehmigung erhalten, in seiner Klinik Fälle zu behandeln, aber einen überzeugenden Fall von Heilung hat er nicht zeigen können. Alle Bemühungen von Bier, das Friedmann'sche Mittel zur Behandlung und Prüfung zu erhalten, waren erfolglos, so daß für ihn die Möglichkeit nicht vorhanden ist, seine ablehnende Meinung zu ändern.

Goepel (Leipzig) faßte sein Urteil dahin zusammen,

daß das Friedmann'sche Mittel in bestimmten Fällen imstande ist, einen solchen Umschwung im Zustande des Patienten herbeizuführen, daß man wohl von einer Heilung reden kann. Die Impfung ist zu unterlassen bei erschöpften Kranken, die keine Schutzstoffe mehr bilden können, und bei solchen Kranken, die schon an sich genug Schutzstoffe bilden. Im allgemeinen empfehlen sich Injektionen mit schwachen Emulsionen.

Deuel (Leipzig) ging davon aus, daß Jenner seinen erfolgreichen Kampf gegen die Pockenkrankheit mit lebenden avirulenten Vaccinen aufnahm, daß Koch, Behring und andere nach demselben Mittel für die Tuberkulose gesucht und Friedmann es gefunden habe. Bei der Friedmann'schen Emulsion kämen die Kräfte eines Antigens dauernd zur Wirkung. Es seien überraschende Heilungen durch eine einzige Anwendung des Mittels zustande gekommen, wo andere Mittel versagten. Vortr. ist von der Unschädlichkeit des Mittels bei richtiger Indikationsstellung und richtiger Anwendung überzeugt; er verhehlt sich aber nicht, daß der Friedmann'sche Impfstoff kein Universalmittel gegen alle Formen der Tuberkulose sei. Wenn es auch nicht mehr erzielen könne, als was die Natur in glücklichen Fällen spontan zu Wege bringt, so gingen doch die Erfolge über die bisherigen Methoden hinaus.

Frischbier (Beelitz) hat Abszedierungen nach Anwendung des Friedmann'schen Mittels beobachtet, aber keine dauernden Schädigungen. Er hält es jedoch für verfrüht, ein Urteil über das Mittel abzugeben, da die Schwankungen bei der Tuberkulose sehr groß sind und man erst nach sehr langer Erfahrung sich für oder gegen ein Mittel entscheiden darf. Die Veröffentlichungen in der Tagespresse wären besser unterblieben, da sie große Unruhe unter der Bevölkerung hervorgerufen hätten.

Unverricht (Berlin) konnte auf Grund seiner Beobachtungen an der 3. medizinischen Klinik von Goldscheider eine Ueberlegenheit des Mittels nicht anerkennen.

Auf Wunsch der Anwesenden wurden auch noch die Ansichten von Schleich und Dührssen gehört. Schleich (Berlin) wies darauf hin, daß er schon verschiedentlich an maßgebenden Stellen die Bildung von Kommissionen zur Prüfung des Friedmann'schen Mittels erstrebt hätte, aber vergeblich. Er hält es für ein Heilmittel, das besser ist als alles andere in der Medizin. Als letzten Richter über den Wert oder Unwert eines Heilmittels will er weder Kommissionen noch Akademien noch Universitäten anerkennen, sondern nur den praktischen Arzt. Der Widerstand gegen das Mittel macht ihn nicht stutzig. Die Wahrheit scheint es, könne nur aus dem Widerstand filtriert werden; das müßte wohl eine biologische Reaktion sein.

Angenehm berührte die Mitteilung von Bier, er habe mit Schleich, mit dem er ja auch in anderen Fragen schon die Klinge gekreuzt habe und immer zu einer Einigung gekommen sei, auch in der Frage des Friedmann'schen Mittels den Weg zur Einigung gefunden. Bier und Schleich wollen gemeinsam Fälle mit dem Friedmannschen Mittel behandeln und da Schleich doch nach Bier's Ansicht die Auswahl der Fälle im Sinne von Friedmann treffen würde, wäre für ihn die Möglichkeit gegeben, sich von den Behauptungen Friedmann's und Schleich's über den Wert des Mittels zu überzeugen, vorausgesetzt natürlich, daß Friedmann das Mittel für diesen Zweck zur Verfügung stellt, was Bier allerdings noch bezweifelt. Die Erklärung Bier's, daß er sich im Interesse der leidenden Menschheit freuen würde, wenn auch er sich zur Ansicht von Friedmann bekehren würde und daß er den Wechsel seiner Ueberzeugung gern eingestehen wird, wurde mit lebhaftem Beifall aufgenommen. Hoffentlich geht dieser Wunsch in Erfüllung! Hoffentlich erweist sich die Friedmann'sche Emulsion als ein Heilmittel gegen die Tuberkulose! Es wäre zu wünschen, daß recht bald eine Klarheit über das Mittel geschaffen wird, und wenn das Mittel gut ist, dann sollte es nicht wie bisher einer kleinen auserlesenen Gruppe von Aerzten in die Hand gegeben werden, sondern Gemeingut aller Aerzte sein. Ist doch die Tuberkolose eine Seuche, zu deren Bekämpfung nicht einzelne Kreise ausreichen, sondern die zu ihrer Ausrottung die gesamte Aerzteschaft aller Länder und Völker auf den Plan ruft.

Hirsch (Charlottenburg).

III. Bücherschau.

Der moderne Kindermord und seine Bekämpfung durch Findelhäuser. Von Dr. **Max Nassauer,** München. Leipzig und Würzburg, Verlag von Kurt Kabitzsch, 1919. 72 S. 3,— Mark.

In vorliegender Schrift sind einige Aufsätze gesammelt und durch Zusätze erweitert, welche zuerst im Archiv für Frauenkunde und Eugenetik erschienen waren. Der bekannte Verfasser tritt darin für die Errichtung von Findelhäusern oder, wie er sie nennen will, Mutterhäusern ein, um im Interesse der Volkskraft möglichst viele unehelich geborene Kinder vor dem Untergang zu bewahren und zu nützlichen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft zu erziehen. Ob nun gerade die gegenwärtigen Zeitverhältnisse darnach angetan sind, für dieses Ziel einzutreten? „Das neue Deutschland braucht Menschen," sagt N., „und vor allem Menschen. Menschen bedeuten Arbeit, bedeuten Zunahme der Arbeitskraft und Zunahme des Wohlstandes. Darum müssen Kinder in möglichst großer Zahl erstehen." Nicht jeder Leser wird ihm darin beistimmen. Trotz der großen Menschenverluste durch den Krieg besteht in Deutschland eine gewisse Uebervölkerung, eine große Lebensmittelknappheit, eine vollständige Zerrüttung der Volkswirtschaft und eine immer noch zunehmende Teuerung. Der Preis für 1 Liter Kuhmilch in den Großstädten beträgt gegenwärtig 2 Mk. Dabei wird die Milch täglich schlechter. Darum würde eine Steigerung der Geburtenzahl wenig nützen; die meisten Kinder würden schon im ersten Lebensjahre zugrunde gehen, infolge quantitativ und qualitativ unzureichender Ernährung. Was uns also not tut, ist vor allem eine vernünftige Ernährungspolitik, sie ist die Grundlage für jede Bevölkerungspolitik.

Unsere Toten im Weltkriege. Teil I. Die gefallenen Aerzte, Zahnärzte, Veterinäre, Apotheker und Feldgeistlichen. Alphabetisches Namenverzeichnis, auf Grund der amtlichen Verlustlisten herausgegeben von Ch. Zimmer (München). J. F. Lehmanns Verlag, München, 1919. 64 S. 2,75 M.

Diese Zusammenstellung enthält über 1700 Namen von gefallenen, sowie an Verletzungen und Krankheiten während des Krieges gestorbenen Angehörigen der im Titel genannten Berufe. Die Aerzte, vom Generalarzt bis zum Feld-Unterarzt, außerdem Zivilärzte und landsturmpflichtige Aerzte sind mit 1463 Namen vertreten. Ein trauriges Gedenkbuch!

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Hamburg. Als Privatdozenten habilitierten sich Prof. Giemsa (Chemotherapie), Dr. Jacobsthal (Bakteriologie und Serologie), Dr. Jakob (Psychiatrie), Dr. Kafka (Psychiatrie), Dr. Martini (medizinische Zoologie), Prof. Mühlens (Tropenhygiene und Tropenkrankheiten), Dr. Nürnberger (Geburtshilfe und Gynäkologie), Dr. Reinecke (Chirurgie), Dr. Ritter (Haut- und Geschlechtskrankheiten), Prof. da Rocha-Lima (exotische Pathologie), Dr. Schwarz (Hygiene), Dr. Wohlwill (pathologische Anatomie).

Leipzig. Hofrat Prof. Pfaff und Prof. Römer, Direktoren des zahnärztlichen Instituts, wurden zu Ehrendoktoren der Zahnheilkunde ernannt, ebenso der Zahnarzt Parreidt.

Jena. Der Druckzwang für die Doktordissertationen wurde aufgehoben, das Doktor-Diplom wird bis auf weiteres nach Hinterlegung des druckfertigen Manuskripts ausgehändigt. — Für ausländische Studierende ist hier eine am Beginn jedes Semesters zu entrichtende Gebühr von 400 M. eingeführt. Ausländer, in deren Land die Valuta günstiger ist als die deutsche, haben einen Betrag zu entrichten, der 400 M. Gold entspricht, Ausländer, in deren Land die Valuta ungünstiger steht, zahlen in deutschem Gelde.

Bern. Die a. o. Professoren Howald (gerichtliche Medizin), Stoß (Kinderheilkunde), und v. Speyer (Psychiatrie) wurden zu Ordinarien ernannt, zu außerordentlichen Professoren wurden befördert die Privatdozenten für innere Medizin Kottmann und Seiler.

Lyon. Prof. R. Lépine, der besonders durch seine Untersuchungen über den Diabetes mellitus bekannt geworden ist, starb 79 jährig im November v. J. in Mentone.

Verschiedenes.

Zum ärztlichen Berufsgeheimnis. Die Frage, ob der behandelnde Arzt ohne ausdrückliche Erlaubnis der Ehefrau dem Ehemann Mitteilung über die Natur der Krankheit seiner Ehefrau machen darf, hat, wie wir der Münch. med. Wochenschrift, 1920, Nr. 2 entnehmen, die Aerztekammer der Provinz Sachsen in einem Gutachten vom 24. Juni 1919 in verneinendem Sinne beantwortet. Es heißt in dem Gutachten u. a.: „Der § 300 Str.G.B. verbietet dem Arzt die unbefugte Mitteilung, auch wenn es sich um Eheleute handelt."

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.





Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

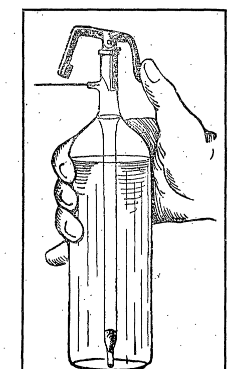
89. Jahrgang | Berlin, 28. Februar 1920 | No. 9

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Chloraethyl Dr. Thilo



Wir empfehlen unser sehr bewährtes System der
Automatischen Standflasche (s. Abbild.).

Conephrin, Novoconephrin

zwei bewährte Injektions-Anästhetika.

Thyangol-Pastillen

gegen Halsbeschwerden, insbesondere Angina.

Sterile Subkutan-Injektionen.

Bezug durch die Apotheken.

Von Chloraethyl können Muster nicht abgegeben werden.

Proben und Literatur durch

Dr. Thilo & Co., Chemische Fabrik, Mainz.

Kein Jodtinktur-Mangel mehr!

Auf Grund eingehender ärztlicher Erprobungen kann das von uns seit Jahren alleinig hergestellte Specialpräparat

„HERPELIBRIN-liquidum“

(ges. gesch.)

als vollwertiger Ersatz für TINKT. JODII

angesehen werden.

Besonders festgestellte Vorzüge des „HERPELIBRIN-liquidum“ gegenüber der Tinct. Jodii sind:

I. Absolute Ausschaltung von Reizerscheinungen,
II. Vollkommene Reinlichkeiten bei den Indikationen, da „HERPELIBRIN-liquidum“ durch besondere Verfahren farblos gemacht ist,
III. Unbegrenzte Lieferfähigkeiten,
IV. Enorme Billigkeit der Preise gegenüber der heute ständig steigenden Konjunktur und Knappheit des Jodpräparates.

Die Preisnotierungen für „HERPELIBRIN-liquidum“ sind:

500 Gr.	Mk. 28.—		incl. Glas und Emballage	Korbfl. à 10 Kilo	Mk. 51.—	per Ko. excl. Glas und Emballage
1000 „	„ 54.—		„ „ „ „	„ à 25 „	„ 50.—	„ „ „ „ „ „
5000 „	„ 52.—	per Ko.	„ „ „ „	Ballon à 60—70 Kilo	„ 48.—	„ „ „ „ „ „

Sonderpreise für höhere Quantitäten auf gefl. Anfrage.

„HERPELIBRIN-liquidum“ ist durch den pharmaz. Großhandel zu beziehen oder vom alleinigen Fabrikanten

Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate Robert Poenitz, Delmenhorst i. Old.

Telegr.-Adr.: Medikament. Fernruf 487.

89. Jahrgang **Berlin, 28. Februar 1920** **No. 9**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Das Tuberkulin in der Sprechstunde des praktischen Arztes.

Von Prof. Dr. **A. Moeller** in Berlin,
Spezialarzt für Lungenkrankheiten.

Robert Koch, der Erfinder des Tuberkulnis, sagte über die ambulante Behandlung mit Tuberkulin: „Ich bin mit der Tuberkulin-Behandlung der praktischen Aerzte sehr einverstanden, wenn sie bei der Auswahl der Fälle und der Dosierung des Tuberkulins vorsichtig sind und bei der Behandlung mit Vorsicht zu Werke gehen." Bei präziser Indikationsstellung und unter bestimmten Kautelen läßt sich das Tuberkulin in der allgemeinen Praxis mit recht gutem Erfolg anwenden.

Besonders in den letzten Jahren hat die spezifische Behandlung der Tuberkulose mit den Produkten der Tuberkulose-Erreger eine große Anzahl von Anhängern gefunden; insbesondere unter den Aerzten, welche ihre Patienten in Lungensanatorien und Lungenkurorten behandeln. Wie alles Gute sich selbst Bahn bricht, so wächst auch stetig die Anzahl der Tuberkulinfreunde. Die allmählich gesammelten größeren Erfahrungen stellen nach den Mißerfolgen der ersten Zeit nach der Entdeckung des Tuberkulins die günstige Wirksamkeit des Koch'schen Mittels über allen Zweifel fest. Die Mehrzahl der Tuberkulingegner urteilt, ohne eigene Versuche mit dem Mittel angestellt zu haben, und die Virchow'sche Lehre von der Mobilisierung der Tuberkelbazillen durch Anwendung des Tuberkulins im Körper des Patienten hat unter den Fachleuten keine Anhänger mehr. Ich habe viele Tausende von Tuberkulin-Injektionen in den letzten Jahren gemacht, aber eine Mobilisierung der Tuberkelbazillen habe ich nach keiner der Injektionen beobachtet.

Die Tuberkulinbehandlung mit vorsichtig wägender und individualisierender Anwendung bietet die größten Vorteile. Die Wirkung des Tuberkulins als Heilagens hat man wohl weniger auf die immunisierenden Eigenschaften des Mittels zurückzuführen. Im alten Koch'schen Tuberkulin sind nur wenig antigene Stoffe der Tuberkelbazillen enthalten, und man beobachtet durchaus nicht bei Zuführung von hohen Dosen auch entsprechende Besserung der Krankheit, sondern man kann öfters mit kleinen Dosen das gleich günstige Resultat erzielen. Vielmehr liegt der hohe Wert des Mittels in der Erzeugung örtlicher Reaktionen, da hierdurch die Schutzstoffe mit dem tuberkulösen Herde in innige Verbindung gebracht werden. Ferner kommt auch eine Vermehrung der Antikörper dadurch zustande. So kommt eine Mehrbildung der Antkörper besonders bei Anwendung der antibakteriell wirkenden Tuberkelbazillen-Emulsion (Koch) zustande. Da keinerlei Gefahr bei der Tuberkulin-Kur vorhanden ist, so sollte das Mittel auch in der Sprechstunde des praktischen Arztes mehr und mehr zur Anwendung kommen. Die Kur läßt sich in der Stadt- und Landpraxis unschwer durchführen; insbesondere bei den leichten Erkrankungsfällen, den Spitzenkatarrhen und Spitzendämpfungen, die besonders bei Kriegsteilnehmern in größerer Menge wahrzunehmen sind. Das Tuberkulin wird, wenn es vom Arzt in seiner Praxis häufiger Anwendung findet, viel zur Ausrottung der Tuberkulose beitragen.

Bei den Tuberkulininjektionen habe ich niemals schädliche Nachwirkungen oder Nachteile für die Gesundheit bei den Patienten beobachtet. Das Allgemeinbefinden ist zur Zeit der Reaktion in typischer Weise gestört, in geringem Grade bei schwachen Reaktionen, im erheblicherem Grade bei starken Reaktionen; aber diese Störungen des Allgemeinbefindens pflegen durchschnittlich nach 2—3 Tagen zu verschwinden, ohne Nachwirkungen zu hinterlassen. Auch käsige Prozesse, wie sie die Tuberkulingegner schildern, habe ich in 25jähriger Praxis niemals bei Anwendung dieses Mittels beobachtet. Wie vorsichtig man mit solchen Schlüssen sein muß, dafür hatte ich vor einiger Zeit ein Beispiel: Ich wollte einen Patienten, der an leichter Spitzenaffektion litt, mit Tuberkulin therapeutisch behandeln, als er mir angab, daß er seit 2 Tagen ziehende Schmerzen im rechten Hoden verspüre. Ich stand daher vorläufig von der Tuberkulin-Behandlung ab. Nach kurzem verschlimmerte sich der Hodenprozeß mehr und mehr, und bald bildete sich ein Hodenabszeß, dessen Eiter zahlreiche Tuberkelbazillen enthielt. Hätte ich diesem Patienten Tuberkulin eingespritzt, so wäre das ein Fall, in dem die Tuberkulingegner sicherlich diesen Prozeß auf eine durch die Tuberkulinbehandlung zurückzuführende Mobilisierung der Tuberkelbazillen und eine Verschleppung der Bakterien in den Hoden zurückgeführt hätten.

Wendet man das Tuberkulin sachgemäß an, so lassen sich Schädigungen leicht vermeiden. Selbst bei intravenöser Applikation, welche ich öfters anwende, geht man unangenehmen Nebenerscheinungen leicht aus dem Wege. Insbesondere darf man nicht vor Abklingen der vorhergehenden Injektion wieder injizieren.

Vielfach hört man noch jetzt die Aeußerung von Patienten, wenn man ihnen eine Tuberkulinkur vorschlägt: „Das Mittel

kann ja nicht helfen, denn die Mehrzahl der Aerzte ist doch dagegen." Die Haltlosigkeit dieses Arguments liegt auf der Hand.

Als Diagnostikum hat sich von allen Tuberkulin-Präparaten das alte Koch'sche Tuberkulin am besten bewährt. Ueber letzteres Mittel berichtete Koch im Jahre 1890 auf dem Internationalen medizinischen Kongreß zu Berlin, daß er ein aus Tuberkelbazillen gewonnenes Präparat gefunden habe, welches bei tuberkulösen Affektionen eine spezifische Reaktion erzeuge und bei tuberkulös infizierten Tieren das Fortschreiten des Prozesses inhibiere. Koch gab an, daß Meerschweinchen, wenn man sie der Wirkung von Tuberkulin einige Wochen ausgesetzt habe, auf eine Impfung mit tuberkulösem Dirus nicht mehr reagieren. Hiermit gab Koch die Grundlage für die ätiologisch spezifische Therapie der Infektionskrankheiten. — Später berichtete Koch über günstige Versuche an Menschen; er hebt die spezifische Wirkung seines Mittels auf tuberkulöse Prozesse hervor und wies damit auf die spezifische diagnostische Bedeutung des Tuberkulins hin.

Für den praktischen Arzt ist das Tuberkulin ein wichtiges Hilfsmittel in der ambulanten Praxis. Auch aus prophylaktischen Gründen ist es von Wichtigkeit, und zwar mit Rücksicht auf die Infektionsgefahr, die in der Familie bei länger dauerndem Zusammenleben Nichttuberkulöser mit Tuberkulösen für erstere besteht. Denn die beginnende Tuberkulose, die ja den eigentlichen Gegenstand der ambulanten spezifischen Behandlung des Hausarztes bilden sollte, bietet oft ein so wenig scharf umgrenztes Krankheitsbild, daß es trotz der sorgfältigsten Untersuchung und trotz Anwendung aller Hilfsmittel der physikalischen Diagnostik nicht möglich ist, mit Sicherheit zu entscheiden, ob Tuberkulose vorliegt oder nicht. Für solche zweifelhaften Fälle besitzen wir in dem Tuberkulin, das zurzeit unser feinstes Reagens auf Tuberkulose darstellt, ein willkommenes Hilfsmittel zur sicheren Feststellung der initialen Tuberkulose, und damit ist die Möglichkeit gegeben, eine Scheidung zwischen Nichttuberkulösen und Tuberkulösen zu treffen. So sollte man verfahren, falls nicht besondere Kontraindikationen vorliegen, bei allen auf Tuberkulose verdächtigen Fällen, in denen entweder kein Lungensputum entleert wird, oder der entleerte Auswurf durch wiederholte Untersuchungen (mindestens 3) frei von Tuberkelbazillen gefunden wird.

Für die Injektion stellt man das Tuberkulin aus 5%igen Glyzerinbouillon-Kulturen der Tuberkelbazillen her. Die Kulturen werden durch Abdampfen auf den zehnten Teil ihres Volumens eingeengt und filtiert. Das Filtrat ist das Tuberkulin. Bei Versuchstieren beobachtet man an den tuberkulösen Stellen nach der Injektion von Tuberkulin Oedem, Blutfülle, Ansammlung von Leukozyten. Bei Lupus sieht man die Reaktion sehr deutlich. Auch am Kaninchenauge, dessen Iris man durch Infektion der vorderen Augenkammern tuberkulös gemacht hat, sieht man deutlich die Tuberkulin-Reaktion. Zur Bequemlichkeit für den Arzt sind verschiedentlich genau dosierte Tuberkulin-Lösungen in Ampullen verschlossen hergestellt worden, welche zur Diagnose und Therapie Anwendung finden. Ich mache mir die Lösungen selbst. In der Regel beginnen wir mit Injektionen von Zehntelmilligrammen alten Koch'schen Tuberkulins. Es müssen, wenn man sich die Lösung selbst herstellen will, von dem Präparate Lösungen im Verhältnisse von 1:1000 bereitet werden; außerdem sind für die diagnostische Verwendung Lösungen von 1:100 erforderlich. Die Verdünnungen stellen wir mit abgekochtem Wasser her oder mit ½%iger Phenollösung. Als Gefäße für die Aufnahme der Verdünnungen benutzen wir Reagensgläser, die mit einem sterilen Wattepfropf verschlossen werden. Es ist somit keine große Arbeit, sich die Lösungen selbst zu machen oder durch den Apotheker anfertigen zu lassen.

Vor Ausführung der Injektion soll man die Normaltemperatur des zu Untersuchenden bestimmen, indem man 3 Tage lang 3—4 stündlich Temperatur messen und aufschreiben läßt. Die von Pirquet angegebene Methode der Diagnosestellung ist die sog. Hautreaktion. Man verursacht mittels eines abgestumpften Messers eine oberflächliche Skarifikation und reibt einen Tropfen einer 20—25%igen Tuberkulinlösung kräftig in die Bein- oder Armhaut ein, am besten in die Längsseite des Unterarmes. Daneben skarifiziert man als Kontrollstelle eine gleich große Hautfläche, ohne Tuberkulin anzuwenden, und eine dritte Stelle, in die man physiologische Kochsalzlösung einreibt. Bei der Reaktion tritt nach kurzer Zeit Rötung, Oedem und sodann eine Papel auf, welche nach 6—8 Tagen verschwindet. Diese Hautreaktion ist besonders bei Kindern angebracht. Ich habe bei solchen viele Versuche angestellt, und zwar habe ich, um absolut sicher zu gehen, daß nicht der Reiz allein und auch nicht das Glyzerin allein eine positive Reaktion vortäuschen könnte, bei den Kindern von 3 nebeneinanderliegenden Stellen je eine mit Tuberkulin, eine mit Glyzerin und eine ohne jeden Zusatz nur mechanisch eingerieben. Die Resultate waren wechselnd. Im allgemeinen möchte ich mich der Ansicht von Pirquet anschließen, daß je jünger die Kinder, um so sicherer die Resultate sind. Beispielsweise habe ich bei einem 4½-jährigen Knaben die Hautreaktion nicht erzielen können, während die subkutane Injektion von nur $^{3}/_{10}$ Milligramm eine starke Allgemeinreaktion auslöste. Ich habe bei der Hautreaktion, abgesehen von einer kürzere oder längere Zeit anhaltenden Hautfärbung keine nachteiligen Folgen beobachtet. Ein proportionales Verhältnis zwischen Stärke der Reaktion und dem Grade der tuberkulösen Läsion war nicht zu konstatieren. Die kutane Reaktion hat den Vorteil, daß die Reaktion ohne Allgemeinerscheinungen, wie Fieber, erfolgt; sie kann daher auch bei Fiebernden wie Meningitis angewandt werden.

Die Tuberkulin-Reaktion ist eine Gruppen-Reaktion; sie zeigt uns die Anwesenheit von tuberkulösen Herden im Organismus, gleichgültig wo der Sitz ist, ob in den Lungen, Drüsen oder sonstwo. Auch eingekapselte, also fast ausgeheilte Prozesse, werden uns durch das Tuberkulin angezeigt. Rinder, welche mit menschlichen Tuberkelbazillen infiziert worden sind, reagieren positiv, obwohl doch diese Bazillen keine fortschreitende Erkrankung bei ihnen erzeugen. Selbst Läsionen, welche durch andere säurefeste Bazillen, wie Butter-, Milch- oder Timotheebazillen wie auch durch Blindschleichen- und Schildkrötentuberkelbazillen verursacht sind, werden uns durch die Tuberkulinreaktion offenbart. Es handelt sich eben um eine Gruppen-Reaktion. Hierauf basiert auch die größere oder geringere Immunität und Besserung des tuberkulösen Leidens bei Behandlung mit Kaltblütertuberkelbazillen (Blindschleichentuberkulose und Schildkrötentuberkulose nach Friedmann und Piorkowski). Die Priorität dieser Behandlung mit Kaltblütertuberkulose kommt mir zu, da ich dieselbe schon seit 1899 anwandte, also viele Jahre vor den genannten Autoren. Vor mir hatten schon Bataillon und Perre in Lyon die Fischtuberkulose gefunden. Ich habe die Behandlung mit Kaltblütertuberkelbazillen aufgegeben, weil ich mit dem Koch'schen Tuberkulin weitaus größere Erfolge erzielt habe.

Als Kontraindikation gegen die Anwendung des Tuberkulins gelten Fiebertemperatur des Patienten, Blutungen und organische Herzleiden. Ferner sei man vorsichtig bei Nierenkranken, injiziere während der Menstruation nicht; auch nicht bei Epileptikern und Hysterischen. Zu therapeutischen Zwecken kann man das alte Koch'sche Tuberkulin, wie auch das Neutuberkulin in Anwendung ziehen; in letzter Zeit verwende ich besonders das albumosefreie Tuberkulin und die Koch'sche Tuberkelbazillen-Emulsion, welche ich mit bestem Erfolge intravenös injiziere. Der Zeitraum zwischen 2 aufeinanderfolgenden Injektionen beträgt durchschnittlich 3—4 Tage, so daß in der Regel wöchentlich 2 Injektionen gegeben werden. Nach einer Reaktion muß die Temperatur erst während einiger Tage wieder vollkommen normal sein, ehe man die nächste Injektion vornimmt. Die nächsthöhere Dosis soll man geben, wenn die vorhergehende keine Temperaturerhöhung mehr hervorgerufen hat. Ueber die höchste Einzeldosis Tuberkulin, die im Laufe einer Kur erreicht werden soll, lassen sich bestimmte Angaben nicht machen; in vielen Fällen bin ich bis auf 1 gr. reines Tuberkulin gestiegen. Die Dauer einer Kur kann bei 2maliger Injektion pro Woche auf etwa 4—6 Monate gerechnet werden. — Die Tuberkulintherapie muß ebenso wie andere Kuren individualisiert werden und von Fall zu Fall gemäß dem jeweiligen Verlaufe der Krankheit durchgeführt werden.

Das wichtigste bei der Bekämpfung der Tuberkulose ist ja das Auffinden der Anfangsstadien. Diese Anfangsstadien sind mit Hilfe des Tuberkulins relativ leicht zu finden, da ja bekanntlich die frischen Erkrankungen auf kleine Dosen hoch reagieren. Gerade die ersten Stadien sind die dankbarsten Fälle für die ambulante Tuberkulintherapie. Durch das Auffinden der ersten Stadien und ihre Behandlung kommen wir somit ein gut Teil weiter bei der Bekämpfung der Tuberkulose. Koch sagte: „Die Tuberkulose ist auszurotten, wenn möglichst alle Fälle von Tuberkulose frühzeitig in Behandlung genommen werden und es gar nicht mehr zur Ausbildung der vernachlässigten schweren Formen kommt, welche die unerschöpfliche Quelle für immer neue Infektionsherde bilden." Bei der ambulanten Behandlung mit Tuberkulin setzen übrigens viele Patienten ihre Arbeit ununterbrochen fort, was sich wenn man Reaktionen nach Möglichkeit zu vermeiden sucht, auch gut durchführen läßt. Ein Teil meiner Patienten schränkt seine Tätigkeit teilweise ein, was sich bei Frauen, die nur nötig haben, eine Hilfskraft in der Hauswirtschaft zu nehmen, leicht bewerkstelligen läßt. Auch die männlichen Patienten gehen größtenteils nach wie vor ihrer Beschäftigung weiter nach. Ich hatte bei der ambulanten Tuberkulinbehandlung ebenso gute Erfolge wie in der Krankenhauspraxis. So hatte ich einst

die Tochter eines Kollegen in Behandlung mit Tuberkulin; sie hatte Fieber, Nachtschweiße und Auswurf mit Tuberkelbazillen; nach 6 monatiger Tuberkulinkur waren die Krankheitserscheinungen verschwunden, und sie ist bisher gesund geblieben; sie spielt Tennis, turnt, tanzt und ist ein Beispiel eines Dauererfolges mit Tuberkulin. Ein Dauererfolg ist um so leichter zu erzielen, weil die Kranken in demselben Milieu, demselben Klima gesund geworden sind, in dem sie später leben sollen; während bei klimatischen Kuren oft durch den Wechsel Rückfälle vorkommen. — Daß die Kur billiger ist als eine Sanatoriumskur, mag mitunter auch eine Bedeutung haben. Sicher ist jedenfalls, daß das Tuberkulin den breiten Massen des Volkes zugute kommen muß, und das kann es nur, wenn es in die Hand des Hausarztes übergegangen ist. Die Tuberkulinbehandlung darf nicht die Spezialität einiger Aerzte sein, sondern muß eine wichtige Domäne der hausärztlichen Tätigkeit werden.

Atmungsgymnastik und Atmungstherapie.*)

Dr. med. **Fr. Kirchberg**, (Berlin).

Es kann natürlich nicht meine Aufgabe sein, in der mir zur Verfügung stehenden kurzen Zeit das gesamte Gebiet der Atmungsgymnastik und Atmungstherapie Ihnen hier darzustellen, sondern es wird nur darauf ankommen, die Begriffe darzulegen, und vor allem die Grenzen abzustecken zwischen dem, was von diesem Gebiet rein ärztliche Aufgabe ist und was dem ärztlichen Hilfspersonal überlassen werden kann. Sie wissen alle, daß in den letzten 10—15 Jahren sich in vielen Großstädten sogenannte Atmungskünstlerinnen oder Atmungsgymnastinnen niedergelassen haben, die mit mehr oder minder großer Reklame ihre Tätigkeit ausüben und sich dabei zum Teil auf ärztliche Empfehlung stützen, die ihre Tätigkeit ganz offen als Heiltätigkeit begutachten. So stützt sich z. B. Frau von Oldenbarneveld, wohl die bekannteste dieser Atmungskünstlerinnen, immer auf die Empfehlung von Herrn von Leyden, und schreibt recht selbstbewußt in der Einleitung ihrer Atmungskunst: „Man bat mich, einige Zeit in der Königl. Charité in Berlin zu arbeiten, und, was einem Laien bis jetzt nicht erlaubt wurde, geschah, indem man mir gestattete, in ärztlichen Kreisen zu reden. Die Pforten der sonst streng geschlossenen wissenschaftlichen Kreise öffneten sich dieser Therapie, die bestimmt ist, die vernachlässigte Lunge der Menschheit aufs neue zu beleben.“ Wenige Zeilen später beschreibt sie dann ganz ruhig als ihre Aufgabe und Ziel, die Leiden der Menschheit lindern zu helfen durch ihre Kunst und Wissenschaft. Daß ihr Buch und ihre Tätigkeit als Kurpfuscherei zu betrachten sind, geht aus den Kapiteln hervor, in denen sie von ihrer Atemtechnik als Heilungsmittel von Lungenspitzenentzündung und Bronchialkatarrh und Lungenerweiterung spricht. So sagt sie z. B. Seite 53: „Die Behandlung von Lungenspitzenentzündung und Bronchialkatarrh geht in meiner Praxis hauptsächlich durch Schlüsselbeinatem.“ Auch andere von Aerzten noch vielfach empfohlene Lehrbücher von Laien befassen sich mit der Heilung aller möglichen Krankheiten durch die Atmungsgymnastik. Daß eine derartig offen betriebene und von Aerzten empfohlene Kurpfuscherei nur auf ein Verschulden der Aerzte zurückzuführen ist, liegt auf der Hand. Es ist die Aufgabe der Mechanotherapeuten, dieses Gebiet wissenschaftlich auszugestalten und, so weit eine Atmungstherapie in Frage kommt, diese Therapie, wie jede andere Therapie, als ärztliches Reservat zu beanspruchen. Dazu ist natürlich notwendig, daß die betreffenden Aerzte dieses Gebiet vollständig beherrschen, um sich nicht von irgend einem Laien darin übertrumpfen oder belehren lassen zu müssen. Mindestens muß es doch so sein, daß wir hier wie bei jeder anderen Therapie das therapeutische Hilfsmittel nach Wesen und Anwendung bestimmen und ihre Ausführung genau überwachen können.

Die Dosierung der Atmungsgymnastik, wie jeder Mechanotherapie überhaupt, hat ja leider bisher von seiten der Aerzte so viel wie alles zu wünschen übrig gelassen, und deshalb sehr häufig nicht nur zu Mißerfolgen geführt, sondern vor allem zur Mißachtung der Mechanotherapie von seiten der Patienten Veranlassung gegeben. Wenn ich einem Patienten sage: „Treiben Sie jeden Tag Gymnastik oder Atmungsgymnastik“, so kann er ebensowenig damit anfangen, oder unter Umständen sogar sich ebensoviel schaden, als wenn ich ihm eine Flasche Digitalis gebe und ihm sage: „Nehmen Sie das.“ Jede Mechanotherapie, soll sie wirklich einen Erfolg auf den kranken Organismus ausüben oder auch nur dazu dienen, einen schwachen Organismus zu kräftigen, denn jeder schwache Organismus ist letzten Endes doch ein kranker Organismus, — muß genau dosiert, dem jeweiligen Gesundheitszustande angepaßt und ihre Anwendung dauernd ärztlich überwacht werden.

Unter Atmungsgymnastik verstehen wir, entsprechend der Definierung der Heilgymnastik, „eine methodische Durchführung bestimmter Körperbewegungen zu Heilzwecken oder zur Kräftigung und besseren Ausbildung des Organismus“. Atmungsgymnastik umfaßt also die Bewegung der verschiedenen, bei der Atmung tätigen Muskelgruppen und hat den Zweck, diese Muskeln, wie bei jeder Gymnastik, unter unseren Willen zu zwingen, um uns in jedem Augenblick für jede nötige Aufgabe zur Verfügung zu stehen. Darum wird sich die Atmungsgymnastik in erster Linie zu befassen haben mit der Ausbildung dieser Muskelgruppen. Die Atmungsgymnastik wird zur Atmungstherapie, wenn ich damit beabsichtige, Krankheiten oder krankhafte Zustände zu heilen oder zu bessern.

Wie steht es nun mit der sogenannten Atemtechnik, wie sie z. B. notwendig ist zur Ausbildung im Gesang, zum Redner oder in Verbindung mit den Turnübungen überhaupt? Sie kann natürlich nicht direkte Aufgabe des Arztes sein, aber auch hier soll der Arzt, in erster Linie der Facharzt für Erkrankungen der Atmungsorgane, Kehlkopf- und Lungenspezialist, dann aber auch der Schularzt und der Orthopäde die allgemeinen Richtlinien feststellen, nach denen hier gehandelt werden muß. Wieviel Schaden z. B. bei dem bei uns bisher üblichen Gesangsunterricht an den Stimmen unserer Kinder angerichtet wird, darauf hat Gutzmann oft genug, allerdings auch ohne wirklich durchdringen zu können, hingewiesen. Seine immer wiederholten Worte: „Alle Vorschriften für Redner und Sänger, die die Atmung bei geschlossenem Munde durch die Nase empfehlen und die entsprechenden Atmungsübungen durch die Nase sind falsch“, haben anscheinend kaum irgendwo genützt. Die von ihm und anderen erbrachten Beweise mittels des Pneumographen zeigen, daß weder beim Singen noch beim Sprechen die Nasenatmung irgendwie erheblich in Tätigkeit tritt. Trotzdem wird auch heute noch in Sängerkreisen anscheinend am meisten das Koflersche Buch „Kunst des Atmens“ benutzt, das als erste Allgemeinregel für das Nehmen und Gebrauchen des Atems beim Singen empfiehlt: „Nimm mit ziemlicher Energie durch die weit geöffneten Nasenhöhlen Atem, so daß das Zwerchfell sich senkt, was zur Folge hat, daß sich zuerst der unterste Teil der Brust und fast gleichzeitig der ganze Atmungsapparat vom untersten Teil des Bauches bis zum Schlüsselbein auszudehnen beginnt, und fahre fort, den Atem in dieser Weise einzuziehen, bis der ganze Atmungsapparat in dieser Weise ausgedehnt ist.“ — Alle die Sänger, Schauspieler usw., die ich in meiner Behandlung gehabt habe und die alle mehr oder minder angeblich nach dieser Methode ausgebildet waren, atmeten nachher beim Singen wie Sprechen ausschließlich durch den Mund. Ich erwähne dies hier nur als ein Beispiel für die Aufgaben, die dem Arzt auch auf diesem Gebiet, sozusagen als Kontrolleur und Lehrer obliegen. Als zweites Beispiel möchte ich hier nur anführen, daß sich bisher fast alle Aerzte, die darüber überhaupt geschrieben haben, in schärfster Weise gegen den in der Schule trotzdem bisher fast allein geübten Chorgesang aussprechen, daß dieser Chorgesang der sicherste Ruin der Kinderstimmen wäre; Kinder von 8—14 Jahren schaden sicher ihrer zarten Kehlkopfmuskulatur, wenn sie eine Stunde lang singen müßten. Störck aus Wien hat bereits im Jahre 1881 und dann immer wieder hingewiesen, ebenso Flatau, Gutzmann und andere, daß ein derartiger Unterricht nicht nur die Stimmen ruiniert, sondern auch zu Lungenkatarrhen usw. disponiert. Hier wie auf vielen anderen Gebieten ist für den Schularzt eine gründliche Ausbildung wenigstens in den Grundregeln der Gymnastik absolut notwendig. Auf die Aufgaben, die dem Schularzt zufallen bei der Regulierung des Turnunterrichts, der jetzt bei Wegfall der Militärdienstzeit sich hoffentlich entsprechend den Wünschen Bier's bald zu einer wirklichen Gymnastik- und Sportausbildung gestalten wird, gehe ich später ein. Mit Recht weist Bier in seiner Arbeit (Die Pflege der Leibesübung, ein Mittel zur Rettung des deutschen Volkes aus seiner Erniedrigung) darauf hin, daß die bisherige Ausbildung unserer Turnlehrer auf diesen Gebieten nicht genügt und in das ärztliche Studium ein theoretisch-praktisches Kolleg der Körperausbildung, der Gymnastik eingeführt werden muß, in dem er ebenfalls für die Atmungsgymnastik eine besondere Ausbildung fordert.

Für die sogenannte Atemtechnik bleibt also nur übrig die Ausbildung der Atmung für Sänger usw., aber auch nach ärztlich festgestellten Prinzipien; für die Atmungsgymnastik, die ausgeführt werden kann durch ärztlich ausgebildete Gymnastikschwestern unter dauernder ärztlicher Kontrolle, die Ausbildung der Atmung bei Kindern, schwächlichen Menschen usw.

Auf dem Gebiet der Atmungstherapie, die rein ärztliche Aufgabe ist, bei der sich aber der Arzt aus Mangel

---

*) Vortrag, gehalten auf der 2. Jahresversammlung der Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie in Berlin am 10. Januar 1920.

an Zeit auch gern einer gründlich ausgebildeten Gmnastikschwester bedienen wird, kann ich nur einige Punkte hier erwähnen. Ein bisher seitens der praktischen Aerzte fast gar nicht gebrauchtes therapeutisches Hilfsmittel ist die Atmungsgymnastik in der Rekonvaleszenz nach erschöpfenden Krankheiten sowie bei erzwungener Ruhe. Wie beim Säugling das Schreien die Rolle der notwendigen Körperbewegung einnimmt, so bietet die Atmungsgymnastik bettlägerigen Kranken den hauptsächlichsten Ersatz für Körperbewegung. (Natürlich sind auch hier Massage, passive und unter Umständen Widerstandsgymnastik möglich und brauchbar, aber die hervorragendste Rolle übernimmt doch die Atmungsgymnastik, weil sie, einmal erlernt und ärztlicherseits richtig dosiert, dann ohne weitere Hilfe jederzeit ausgeführt werden kann. Gerade nach fieberhaften Krankheiten ist es auch für den Arzt schwer, den Genesenden vor Uebereilung zu bewahren. Der Kranke denkt, solange er noch im Bett liegt, er hätte Riesenkräfte, aber die ersten Gehversuche zeigen ihm, wie schwach er ist. Wie oft das erste übereilte Aufstehen vor Wiedererlangung der nötigen Herzkraft verhängnisvoll wird, wissen wir ja alle, nicht nur aus den erschütternden plötzlichen Todesfällen in diesem Stadium, sondern vor allem auch daraus, daß die oft monatelang dauernde schlechte Erholungsfähigkeit oft nur zurückzuführen ist darauf, daß der Krankgewesene nicht erst systematisch wieder erzogen wird zum Wiedergebrauch seines Körpers, sondern rücksichtslos gegen seinen Körper sofort wieder versucht, seinem Beruf nachzugehen. Der richtige Weg ist hier, wie bei allen Schwächezuständen der Zirkulationsorgane, Massage, passive Gymnastik, Atmungsgymnastik, Widerstandsgymnastik, Berufsarbeit. Gerade in der Genesung wäre stets ein Arzt dringend nötig, der mit der Gymnastik und speziell der Atmungsgymnastik vertraut ist, da hier diese beiden Faktoren tatsächlich wichtigste Hilfsmittel der Therapie sind. Diätvorschriften usw. sind oft lange nicht so wichtig und nötig wie die Diätetik des Herzens durch Massage und Gymnastik. Die Atmungsgymnastik, die über einen großen Teil des Tages in regelmäßigen Pausen zu verteilen ist, ist von ungeheurer Wichtigkeit, um Herz und Lunge zu stärken, den Appetit zu heben, den Stuhlgang zu regeln und zugleich den Geist zu beschäftigen und die oft tödliche Langeweile zu vertreiben. Da hier wie in allen den folgenden zu besprechenden Fällen viel weniger die chemische Wirkung der vermehrten Atmung, d. h. die vermehrte Sauerstoffaufnahme eine Rolle spielt, — denn jeder Körper verbraucht nur so viel Sauerstoff, als er für die Funktion seiner Organe nötig hat, — als die mechanische Einwirkung auf die Bauchhöhle, so ist es selbstverständlich notwendig, dem Kranken wie allen, der Atmungsgymnastik bedürftigen Leuten diese Gymnastik erst richtig beizubringen. Es kommt in allen diesen Fällen ebensosehr auf eine Vertiefung der Atmung, wie vor allem eine Verlangsamung derselben an, namentlich der Ausatmung, bezw. Haltens der tiefsten Einatmungsstellung.

Aehnliche Aufgaben hat die Atmungstherapie naturgemäß bei allen Liegekuren, namentlich Freiluft-Liegekuren bei Blutarmen, Herzleidenden, Mastkuren usw. Die Verbindung der Atmungstherapie mit der Liegekur hebt deren Nachteile auf (Verfettung, Schwächung des Herzens durch mangelhaften Gebrauch der Muskulatur, Obstipation usw.). Natürlich sind auch hierfür genaue Rezepte nötig. So ist bei den verschiedenen Krankheiten nötig, entweder die Einatmung zu verlängern oder die Ausatmung zu verlängern, so daß wir auch hier die Ausführung der Atmungsgymnastik niemals ohne weiteres einer Hilfskraft überlassen können. Im Verlauf einer Freiluftbehandlung oder Liegekur werden wir zunächst beginnen mit dem gleichmäßigen Tiefatmen, d. h. gleichmäßiger Verlängerung von Einatmung und Ausatmung. Hughes hat mit Recht darauf hingewiesen, wie vorteilhaft schon eine derartige einfache Atemkur auf nervöse Leiden wirkt. Als Schlafmittel ist sie oft von unübertrefflichem Nutzen. Erst nach Einübung des gleichmäßigen Atmens kann man zum ungleichmäßigen Atmen übergehen und hat sich stets zu fragen, ob man die Einatmung oder die Ausatmung verlängern und verstärken will. Die verstärkte Einatmung kommt in Betracht bei schwach entwickeltem Brustkorbe des jugendlichen Alters, wo häufig das Knochengerüst schnell in die Länge gewachsen ist, ohne daß die Muskulatur ihm hat in die entsprechende Breite folgen können. Der Rumpf und namentlich der Brustkorb bleiben sozusagen in der Ausatmungsstellung, wodurch Herz und Lungen verkümmert bleiben. Gerade bei diesen schwach entwickelten Brustkörben mit schwachen Lungen und kleinen Herzen sind wir verpflichtet, die schwächliche Atmungsmuskulatur zu kräftigen und den Rumpf allmählich in die Einatmungsstellung zu überführen. Aber um hierbei Ueberanstrengung zu vermeiden, ist selbstverständlich dauernde ärztliche Ueberwachung dringend notwendig. Hier werden wir die Atmungsübungen zunächst im Liegen vornehmen lassen, dann im Sitzen, später im Stehen und schließlich mit Rumpf- und Extremitätenübungen verbinden können. Bei der Verlängerung des Einatmungsaktes, durch die wir eine Erleichterung des Blutzuflusses zu Lunge und Herz bewirken, die wir also bei Konstitutionserkrankungen wie Bleichsucht und Fettsucht benützen, müssen wir aber darauf achten, daß kein Blutandrang zu Kopf und Brust entsteht. Die Verlängerung der Ausatmung, die wir weiter noch forcieren können durch sakkadiertes Ausatmen, brauchen wir nicht bei Emphysem, sondern überhaupt zur Verkleinerung des Umfanges der Rumpforgane. Das Halten der Einatmungsstellung, dessen Wirkung verstärkt wird durch Bauchbewegungen — Vorstoßen und Einziehen des Bauches — befördert nicht nur ein erleichtertes Einströmen des Blutes in das rechte Herz, die Verlängerung des Blutausströmens aus dem linken Herzen, sondern wirkt vor allem vorzüglich auf die Organe der Bauchhöhle. Auf die Bedeutung einer derartigen Atmungsgymnastik bei chronischen Leberleiden hat schon vor langem Möbius auf Grund eigener Erfahrung hingewiesen. Für die Behandlung der chronischen Obstipation ist diese einfache Kur fast ebenso wirkungsvoll wie eine systematische Bauchmassage, jedenfalls aber zur Verstärkung der Wirkung der Bauchmassage unerläßlich.

Auf die Bedeutung der Atmungsgymnastik bei den verschiedenen Erkrankungen der Atmungsorgane selbst kann ich hier natürlich nur ganz kurz hinweisen. Bei tuberkulösen Erkrankungen leichterer Art wird eine ärztlich dauernd überwachte Gymnastik der Atmungsmuskulatur zweifellos günstig einwirken können, umgekehrt aber eine forcierte Atmungsgymnastik durch Nicht-Aerzte außerordentlich schädlich wirken müssen. Trockene Pleuritis, namentlich ihre Folgezustände — Einsenken des Brustkorbes, die Gefahr der Skoliose — können wir durch nichts so günstig beeinflussen wie durch eine systematische Atmungskur, wobei die einseitigen Atmungsübungen die Hauptrolle spielen. Die chronische Bronchitis ist ebenfalls ein vorzügliches Objekt für eine derartige Kur, namentlich in Verbindung mit einer rationellen Brustkorbmassage, Schüttelung und Klopfung des Thorax und des Rückens. In erster Linie wirkt diese Kur expektorierend; daß ich namentlich bei älteren Leuten unmittelbar nach einer derartigen Behandlung Auswurfmengen in wenigen Minuten von fast 1/4 l gesehen habe, ist gar keine Seltenheit. Auf die Bedeutung der physikalischen Behandlung namentlich der Atmungsgymnastik bei der kindlichen chronischen Bronchitis hat Heubner stets eindringlich hingewiesen. Der Thorax steht bei diesen Kindern meist dauernd in Inspirationsstellung, ist bei der Atmung wenig beweglich und setzt dem Bestreben, ihn zu komprimieren, einen für kindliche Verhältnisse außerordentlich starken Widerstand entgegen. Die Atmung erscheint meist insofern unnormal, als der Thorax die Einatmungsbewegungen, das Abdomen gleichzeitig Ausatmungsbewegungen macht. Aehnliche Erscheinungen sehen wir häufig als Folgeerscheinung einer Frührhachitis. Aehnlich wie bei der Rhachitis muß sich auch hier die physikalische Behandlung auf den ganzen Organismus erstrecken, Abhärtung durch Luftbäder, Massage des ganzen Körpers, passive und aktive Gymnastik und vor allem Atmungsgymnastik. In Bezug auf die Starrheit des Thorax sagt Heubner: „Mag sie nun primär oder sekundär sein, in jedem Falle läßt sie sich durch regelmäßige, monate- und jahrelange Uebungen beeinflussen. Deshalb verordne man solchen Kindern regelmäßige Atmungsgymnastik.“ Als Atmungsübung kommen in Betracht alle Uebungen, die der Gymnastizierung des Thorax und der Beförderung der Ausatmung dienen; die letzteren unterstützen wir durch gleichzeitiges Komprimieren des Thorax. Dem gymnastisch geübten Arzte bietet es keine Schwierigkeit, auch schon bei ganz kleinen Kindern diese Uebungen — eventuell in der Form des Spieles — beizubringen, und schließlich jahrelang fortsetzen zu lassen. Bei genügender Energie und Ausdauer gelingt es so fast immer, der sonst mit Sicherheit zu erwartenden dauernden schweren Schädigung entgegenzuwirken und einen arbeitsfähigen, gesunden Menschen zu erzielen. Auf die Behandlung des Asthmas durch Atmungsgymnastik ist so oft von verschiedenen Seiten hingewiesen worden, daß ich sie hier nur erwähnen möchte. Die Gymnastik wirkt hier nicht nur therapeutisch, sondern, was in vielen Asthmafällen ebenso wichtig ist, auch psychisch außerordentlich günstig.

Bei der Behandlung des Altersemphysems wirkt die Atmungsgymnastik (hauptsächlich Ausatmungsgymnastik) nicht nur außerordentlich günstig auf die mit dem Emphysem verbundene chronische Bronchitis und das Emphysem ein, sondern vor allem auf die damit verbundenen Zirkulationsstauungen und Störungen des Verdauungsapparates. Hier wird die Atmungsgynastik stets in Verbindung zu brauchen sein mit der allgemeinen Gymnastik.

Was soll die Gymnastik bei den Erkrankungen des Herzens überhaupt, und speziell die Atmungsgymnastik? Das Herz hat die Aufgabe, alle Organe des Körpers mit der

jeweilig von diesen Organen gebrauchten Menge Blut zu versorgen. Jedes Organ braucht um so mehr Blut, je mehr Arbeit es gerade zu verrichten hat. Dem Herzen zu Hilfe kommen dabei allerdings die Gefäßnerven, die automatisch vom Zentralnervensystem die Gefäße in den einzelnen Organen verengern und erweitern, aber das Herz muß doch die erforderliche Menge Blut in den Kreislauf hineinwerfen können. Den Mehrgebrauch an Blut bei Anstrengungen kann das Herz nun entweder liefern, indem es die Blutmenge bei jedem Herzschlag vergrößert (sein Schlagvolumen vermehrt) — in dieser Weise wird ein gesundes und an die betreffende Arbeit gewöhntes, dafür trainiertes Herz sich verhalten —, oder dadurch, daß es die Schlagfolge vermehrt.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Dr. **Peters** (Berlin): **Zur Physiologie des Höhenklimas.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 7.)

Mit Rücksicht auf die neuerdings angezweifelte Angabe, daß im Hochgebirge eine vermehrte Tätigkeit der blutbildenden Organe mit einer Vermehrung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins stattfindet, hat Verfasser im Sommer 1919 an 50 Kindern Untersuchungen über den Einfluß des Höhenklimas auf die Vermehrung von roten Blutkörperchen und von Hämoglobin angestellt. Die Kinder, welche aus Westfalen stammten und durchweg das Bild der Tuberkulose, der Blutarmut und Unterernährung boten, wurden 6—12 Wochen lang in Davos mit Luft- und Sonnenbädern behandelt. Es wurde festgestellt, daß ein Aufenthalt von 6 Wochen im Hochgebirge genügte, um die Hämoglobinwerte blutarmer Kinder von 50 auf 68 zu erhöhen, eine Zunahme, die sich in weiteren 6 Wochen auf 78 steigerte. Die Besonnung übte keinen besonderen Einfluß auf die Erhöhung des Hämoglobingehaltes aus. Eisen und Arsen und sonstige Medikamente wurden nicht gegeben. Es war also der bloße Aufenthalt im Hochgebirge unter günstigen hygienisch-diätetischen Bedingungen die Veranlassung zu der Besserung der Blutbeschaffenheit. Die Erfolge in Davos waren ungleich größer, als wie sie Haeberlin in Wyk auf Föhr feststellen konnte.

Hirsch.

Prof. Dr. **P. Mühlens** (Hamburg): **Verhütung und Bekämpfung der Malaria im Felde und in der Heimat.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 39.)

Nach des Verfassers Erfahrungen ist das beste allgemeine Mittel zur Vorbeugung der Malariaausbreitung, auch in der Heimat, neben der Ermittelung und konsequenten Behandlung der aus dem Felde heimgekehrten und der einheimischen Parasitenträger der systematische Kampf gegen die übertragenden Anophelesmücken und ihre Brut. Das sicherste persönliche Schutzmittel ist das gewissenhaft benutzte Moskitonetz. Chininprophylaxe allein hat im Felde in stark verseuchten Gegenden nicht zur völligen Malariaverhütung genügt. Vielfach waren allerdings Fehler bei der Ausführung und Darmleiden daran schuld. Die Antimoskitomaßnahmen machen in schlimmen Malariagegenden, namentlich für größere Verbände (Truppen, Arbeiter usw.) die Chininprophylaxe zunächst nicht überflüssig.

Prof. Dr. **Martin Mayer** (Hamburg): **Ueber die Wirkung von Methylenblau bei Malaria quartana.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 38.)

Das Methylenblau wurde seinerzeit von Ehrlich und Guttmann in die Malariatherapie eingeführt. Nach den bisherigen Erfahrungen wirkt es am besten bei Quartana. Da die Meinungen über die Wirkung des Methylenblaus bei Malaria noch geteilt sind, berichtet Verfasser, der schon früher in Fällen von Chininidiosynkrasie des Methylenblau bei Tropika und Tertiana nicht ohne Erfolg angewandt hatte, über einige Fälle von Quartana, bei denen Methylenblau von prompter Wirkung auf Fieber und Parasiten war. Die Gabe betrug 5 mal täglich 0,2 g; die Behandlung wurde an einem Anfallstag begonnen und dann wie Chinin bei der Nochtschen Kur weitergegeben. Die spezifische Wirkung des Methylenblau bei Malaria quartana kann nach Verfasser hiernach als erwiesen gelten.

Priv.-Doz. Dr. **Hans Pollitzer** (Wien): **Ueber Volumen pulmonis diminutum.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 39.)

Wie Verfasser näher begründet, gibt es einen Zustand der Lunge, den man im Gegensatz zum Volumen pulmonis auctum als Volumen pulmonis diminutum bezeichnen kann. Er ist dadurch charakterisiert, daß der vordere rechte Lungenrand, dessen Verlauf am linken Sternalrand anderen Einwirkungen gegenüber sehr konstant ist, sich aus dem Sinus costo-mediastinalis zurückzieht und dadurch das Herz entblößt. Dadurch erleidet er die gleiche Lageveränderung, die wir bei gewissen Vergrößerungen des Herzens zu finden gewohnt sind und als Vergrößerung der absoluten Herzdämpfung zu bezeichnen pflegen. Deshalb wurde das Volumen pulmonis diminutum bisher zumeist mit Herzvergrößerungen verwechselt. Wenn die Retraktion der rechten Lunge höhere Grade erreicht, gerät das Herz in eine stärkere Medianstellung als normal. Auch der untere Lungenrand zieht sich bei dieser Volumsverminderung der Lunge aus dem komplementären Pleurasinus zurück, so daß dadurch die Leber entblößt wird. Das Volumen pulmonis diminutum zählt zu den Symptomen der Chlorose, des Morbus Basedowii und der latenten oder chronischen Malaria. Es dürfte auf einer Ischämie der Lunge beruhen, die bei den beiden erstgenannten Krankheiten einer habituellen Gefäßkontraktion entspricht, bei der Malaria aber anscheinend der chronischen Infektion der Lungengefäße ihre Entstehung verdankt.

Dr. **Max Rosenberg** (Charlottenburg-Westend): **Ueber das Auftreten einer Chromogens der Urorosein-Farbstoffgruppe im Blut von schwer azotämischen Nierenkranken.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 38.)

Wie Verfasser in 27 Fällen fand, tritt bei schwer azotämischen Nierenkranken sowie bei rein mechanisch bedingter schwerer Azotämie im Blut, in den Exsudaten und Transsudaten und in den Organen das Chromogen eines rosa bis weinroten Farbstoffes auf, das bei längerem Stehen und beim Eindampfen einen gelben bis schokoladenbraunen Ton annimmt. Bei leichten Azotämien ist das Chromogen im Urin nachweisbar, bei mittelschweren auch im enigeengten Blut. Trotz abweichenden spektroskopischen Verhaltens ist nach Verfasser der Farbstoff auf Grund seiner chemischen Eigenschaften als Urorosein anzusprechen. Seine Bildung ist zwar nichts für die Azotämie Spezifisches, doch ist sie möglicherweise bei schweren Azotämien gesteigert. Die spontane Bildung des Farbstoffes aus dem Chromogen im enteiweißten Blut ist von infauster prognostischer Bedeutung.

Privatdozent Dr. **Alwens** (Frankfurt a. M.): **Ueber die Beziehungen der Unterernährung zur Osteoporose und Osteomalazie.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 38.)

In der Frankfurter medizinischen Universitätsklinik kamen in den Monaten März bis Juni 1919 26 Fälle einer Knochenerkrankung zur Beobachtung, welche in ihren Symptomen der zuerst aus Wien beschriebenen Hungerosteomalazie und und Osteopathie ähnlich war. Betroffen waren 23 Frauen und 3 Männer. 65 Proz. der Frauen befanden sich im klimakterischen und postklimakterischen Alter. Es bestand starke Druckempfindlichkeit des Brustbeins, in einem Teil der Fälle auch der Beckenknochen. Ein Teil der Kranken zeigte Verbiegungen der Wirbelsäule, die meisten Gangstörungen; bei 10 Kranken fanden sich auch Infraktionen oder Frakturen, wahrscheinlich Spontanfrakturen. Nach Verfasser ist die Erkrankung als Osteoporose aufzufassen, als Ursache ist dauernde Unterernährung mit einer eiweiß-, kalk- und phosphorarmen Ernährung anzusehen. Von der typischen Osteomalazie ist die Krankheit abzugrenzen, dagegen finden sich fließende Uebergänge zur Osteoporose. Die Behandlung hat vor allem in der Darreichung einer kalorisch ausreichenden gemischten Nahrung zu bestehen. Medikamentös empfiehlt sich Phosphor in der üblichen Dosis in Lebertran oder Ol. olivar., ferner Calcium lacticum oder Calcium chlorat. (3 g pro die) und bei den reinen Osteoporosen auch Strontium lacticum (3—6 g täglich).

Kapferer (Innsbruck): **Beiträge zur Behandlung der Gonorrhoe mit heißen Vollbädern nach Weiss.** (Wiener klin Woch. 1920, Nr. 5.)

Ein gewiß nicht unberechtigtes Aufsehen rief seinerzeit die Mitteilung von O. Weiss hervor, daß es gelingen sollte, mit heißen Vollbädern bis zu 46 Grad und bis fast 2 Stunden Dauer die Gonorrhoe beim Manne wie beim Weibe ohne weitere lokale Behandlung zu heilen. Es sollte auf diesem Wege die Körpertemperatur über 40 Grad erhöht, also auf eine Temperatur gebracht werden, die den Gonokokkus abtötet, nachdem man auch bei Patienten mit hohem Fieber Gonorrhöen verschwinden sah. Es wurde sogar über Fälle berichtet, die schon nach einem einzigen Bade eine vollständige Heilung zeigten. Bald aber kamen Veröffentlichungen über vollständige Mißerfolge. Bei solcher Verschiedenheit der Berichte ist jede Nachprüfung um so dankbarer zu begrüßen. K. hat unter Ausschluß von schwächlichen Patientinnen und solchen, die an vasomotorischer Erregbarkeit leiden, das Verfahren von Weiss bei 10 Patientinnen mit frischer und älterer Gonorrhoe mit und ohne Adnexerkrankungen angewandt, daneben aber auch die übliche örtliche Behandlung nicht unterlassen. Die Patientinnen reagierten zum Teil mit Erschlaffung, Benommenheit und Atembeklemmung bis zur Zyanose so stark auf die heißen Vollbäder, daß die

Kur abgebrochen werden mußte. Es trat auch keine Gewöhnung an die heißen Bäder ein; sie wurden im Gegenteil mit zunehmender Zahl immer schlechter vertragen. In einem Teile der Fälle zeigte sich eine Abnahme der Gonorrhoe und Verschwinden der Gonokokken, die Verfasser als Wirkung der heißen Bäder ansprechen zu müssen glaubte. In einem anderen Teil der Fälle zeigte sich kein Erfolg.

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluß, daß eine Erhöhung der Körpertemperatur durch die heißen Vollbäder wohl erzielt werden kann, daß aber das Verfahren so angreifend ist, daß es nur bei sorgfältigster Auswahl der Patienten und nur unter den größten Vorsichtsmaßnahmen anwendbar ist. Mit Rücksicht darauf, daß die Methode durchaus nicht harmlos ist und die Erfolge nur zweifelhaft sind, kommt K. zu dem Schluß, sich gegen das Weiss'sche Verfahren auszusprechen.

Ref. möchte den Standpunkt des Verfassers durchaus teilen, so schmerzlich es auch ist, sich in der Hoffnung auf ein gutes Mittel zur Heilung der Gonorrhoe, namentlich beim Weibe, getäuscht zu sehen.

Hirsch (Charlottenburg).

Obergeneralarzt Dr. **F. Stricker** (Berlin): **Erfahrungen über Tetanus während des Weltkriegs.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 39.)

Aus dem vom Verfasser gesammelten Material sei folgendes angeführt. Unter den ersten 73 000 Verwundeten in den Lazaretten seines Inspektionsbezirks waren 428 (= 5,8 Promille) Tetanusfälle. Im ganzen kamen 712 Tetanusfälle ohne Schutzimpfung zu seiner Kenntnis, von diesen endeten 388 = 54,5 Proz. tödlich, 324 = 45,5 Proz. wurden geheilt. Was die Resultate der Behandlung anlangt, so betrug die Sterblichkeit bei 191 Fällen, bei denen außer Opiaten und Chloral lediglich das Serum angewendet wurde, 96 = 50,3 Proz. Bei 46 Tetanuskranken wurde nur Magnesiumsulfat angewendet, von diesen starben 30 (= 65,2 Proz.). Von 209 Kranken, bei denen Serum und Magnesiumsulfat kombiniert zur Anwendung gelangten, starben 107 (= 51,2 Proz.). Von 28 Kranken, die nur mittels Narkotika behandelt wurden, starben 24 (= 85,7 Proz.). Nachdem im Laufe des Krieges die Schutzimpfung gegen Tetanus fast allgemein zur Durchführung gelangt war, ging die Zahl der Tetanusfälle derartig zurück, daß sie sehr selten wurden. Auf Grund seiner Erfahrungen schließt Verfasser, daß die Behandlung mit Antitoxin die Sterblichkeit an Tetanus sehr erheblich einschränkt; jedoch ist ein besserer Ausbau dieser Therapie zur weiteren Herabsetzung der Sterblichkeit durchaus erforderlich. Magnesiumsulfat für sich allein steht bezüglich der Heilerfolge gegen Antitoxin weit zurück. Es besteht nach Verfasser begründete Hoffnung auf Ausrottung des Tetanus, wenn die Serumphrophylaxe nach erprobtem Schema allgemein geübt wird.

Dr. **Paul Rosenstein** (Berlin): **Phlebektomia cruralis bei infektiösem Dickdarmkatarrh.** (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 38.)

Verfasser, der schon vor einigen Jahren die operative Behandlung der fortschreitenden Thrombophlebitis empfohlen und über 4 mit Erfolg nach diesem Grundsatz behandelte Fälle berichtet hatte, teilt einen weiteren von ihm operierten Fall mit. Es handelte sich um einen 26 jährigen bis dahin gesundem Unteroffizier, welcher ziemlich gleichzeitig mit einem akuten Dickdarmkatarrh eine Thrombose der linken Curalvene bekam. Da die Affektion in wenigen Tagen einen septischen Charakter annahm, entschloß sich Verf. zur Operation. Oberhalb und unterhalb des Poupart'schen Bandes wurde das thrombosierte Venenstück freipräpariert und exstirpiert. Der Verlauf war glatt. Das Fieber hörte nach 5 Tagen auf. Nach 14 Tagen konnte der Kranke das Bett verlassen, hatte aber anfangs noch erhebliches Oedem nach Umhergehen. Er wurde daher täglich massiert, allmählich stellte sich die Zirkulation wieder her, so daß er nach zwei Monaten geheilt entlassen werden konnte. Es gelang nicht, durch bakteriologische Untersuchung des exstripierten Venenstückes eine bestimmte Infektion nachzuweisen; doch hält Verfasser nach dem klinischen Verlauf den Zusammenhang der septischen Thrombophlebitis mit der akuten Kolitis für sicher.

Dr. **Peter Hündgen** (Mainz): **Zwei seltene Indikationen zur Sectio caesarea.** (Deutsche mediz. Wochenschrift 1919, Nr. 37.)

In den ersten der beiden von Verfasser mitgeteilten Fälle bot ein in den letzten zwei Monaten der Schwangerschaft allmählich entstandenes entzündliches Oedem der äußeren Geschlechtsteile bei der 22 jährigen Erstgebärenden mit beginnender Gangrän der linken kleinen Schamlippe die Anzeige zum Kaiserschnitt. Der Grund war nicht die Unmöglichkeit einer Entbindung per vias naturales, sondern die große Gefahr einer Infektion. Es wurde nach suprasymphysären Querschnitt der Uterus im unteren Segment mittels Längsschnitt eröffnet. Trotz strenger Asepsis bei der Operation trat nach der Operation Fieber ein, wahrscheinlich infolge Infektion des Endometriums und Parametriums von der Vulva aus; nach etwa 1 Monat war die Patientin außer Gefahr. In dem zweiten Fall (20 jährige Erstgebärende) gab eine hochgradige akute Anämie infolge unstillbarer Blutung aus einer Varix der Vagina — nach mehreren Umstechungen bestanden schon entzündliche Veränderungen an der Stelle — die Anzeige zum Kaiserschnitt. Hier wurde nach suprasymphysärem Längsschntit das untere Uterinsegment durch Längsschnitt eröffnet. Die Heilung wurde durch Abszeßbildung im vorderen und hinteren Douglas sehr verzögert.

Prof. Dr. **Adolf Gutmann** (Berlin): **Ueber Kampfgaserkrankung des Auges.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 39.)

Verfasser hatte Gelegenheit, die durch verschiedenartige Kampfgase hervorgerufenen Augenerkrankungen an einer größeren Zahl von Fällen zu untersuchen. Was zunächst die Erkrankungen durch Phosgengas anlangt, so zeigten die Leichtkranken keine Augensyptome. Die Schwerkranken, bei denen sich Pneumonie und schwere allgemeine Zyanose entwickelte, zeigten venöse Stauung der Bindehautvenen ohne wesentliche Bindehautsekretion; der Augenhintergrund erschien viel dunkler rot als normal; die Netzhautvenen zeigten Stauung, waren verbreitert und prall gefüllt bis zur Peripherie. In einem Falle fand sich eine halbpapillengroße venöse Blutung dicht neben der Papille. Bei den zur Heilung gelangenden Kranken verschwanden allmählich die Augenveränderungen. Verfasser hatte auch Gelegenheit, bei zur Sektion gekommenen Fällen die Augen mikroskopisch zu untersuchen. Es fanden sich Bluteindickung mit Zerfall von roten Blutkörperchen und randständige Thrombenbildung in den Aderhautgefäßen sowie Netzhautveränderungen. Diese Befunde bieten eine Erklärung für das Auftreten von Nachtblindheit als Nachkrankheit nach Phosgenvergiftung, das beobachtet wurde. Ein anderes Kampfgas, das zur Verwendung kam, ist das Gelbkreuzgas (Zusammensetzung gibt Verf. nicht an). Dies führte zu entzündlicher Reizung der Lidhaut und Bindehaut, außerdem zur Schädigung des Hornhautepithels. An der Regenbogenhaut fand sich Hyperämie und stark verengerte Pupille. Für die Behandlung bewährte sich Schutz der Augen gegen Licht derch dunkelgraue Gläser und Einstreichen einer Alkalisalbe in den Bindehautsack.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Sitzung vom 9. Februar 20.

Pädiatrische Sektion.

(Eigenbericht der Allgem. Med. Centralzeitg.)

Vorsitz: Herr Czerny.

Tagesordnung:

Vorstellung eines Kindes mit chronischem Gelenkrheumatismus.

Herr **A. Japha**: Der 5 jährige Knabe erkrankte 1916 an einem leichten Auschlag, der bald schwand, dann an Schwellung der Hand- und Fußgelenke. Höhensonne besserte den Zustand; nach 12 Wochen kam ein Rückfall. Er lag daran 1½ Jahre fest. Höhensonne war nun erfolglos. Hinzu kam Steifigkeit der Wirbelsäule und der Kniee. Seit 1 Jahr geht er überhaupt nicht mehr, sämtliche Gelenke, auch die der Wirbel und der Hüften, sind versteift; auch den Mund kann er nicht gut öffnen. Knötchenartige Verdickungen sind an Finger- und Zehengelenken vorhanden. Zeitweise bestand Fieber. Lues, Tuberkulose und acuter Gelenkrheumatismus sind abzulehnen. Es ist eine Arthritis deformans: neben der knotigen Verdickung der Gelenke besteht Atrophie der Glieder; die Ursache ist vielleicht Neuratrophie (Charcot). Zur Behandlung gehört vornehmlich Orthopädie. Thiosinamin war ohne Erfolg, von auffallendem Erfolge war Sanarthrit (Knorpel-Extrakt) in Injektionen. Die Gelenke wurden beweglicher, die Drüsenknoten kleiner.

Er zeigt ferner ein Kind mit syphilitischer Periostitis tibiae; Schmerzhaftigkeit auf Druck sowie Schwellung und Verbiegung der Schienbeine, ferner die Symptome der Schwester, Rhagaden und Hutchinson-Zähne, stützen die Diagnose. Hutchinson-Zähne kommen in 33 % der Lues congenita-Fälle vor, Periostitis specifica in 21 %;

sowie einen Fall von Tuberculid: bei einem Knaben traten zuerst am Rumpf Knötchen auf, die teils vernarbten, teils tiefe Nekrosen und Narben bildeten; es imponiert teils als Lichen, teils als Akne necrotica.

Aussprache zu Fall 1.

Herr **Holländer** sah in der Univ.-Klinik für Kinder öfter Arthritis deformans. Oft bestand lange Fieber. Sanarthrit brachte Besserung. Wichtig ist energische Bewegungsübung, um die Versteifung zu verhüten.

Herr **Kleinschmidt:** Lymphdrüsenschwellungen sind nicht selten und schwanken mit dem Fieber. Es gibt auch spontane Besserungen.

Vorstellung eines Kindes mit Trommelschlägelfingern.

Herr **Orgler:** Das jetzt 12jährige Mädchen kennt er seit dem 3. Jahre. Die Endglieder der Finger sind angeschwollen. Es stammt aus gesunder Familie; den trommelschlägelartigen Fingern fehlt jede Cyanose oder Rötung. Gefühl für Temperatur ist gut vorhanden. Daneben besteht von der Mutter ererbte Bräunung des ganzen Körpers. Im 4. Jahre zeigte sich neben unerheblichem accidentellem Herzgeräusch starkes Facialis-Phänomen; die Veränderung der Finger ging weiter und ergriff auch die Zehen. Die Finger sind verkürzt, die Knochen zart, die Muskeln schwach. Der Kopf ist kurz, die Nase fein; der Nasenknorpel wenig ausgebildet, die Jochbeine laden stark aus, der Unterkiefer ist groß. Der Mund wird wenig geöffnet. Die Zähne stehen unregelmäßig. Die Finger sind weder schmerzhaft noch taub. Schon 1912 wies das Röntgenbild an den Endgliedern Auflockerung und Verwischung der Knochenfigur nach. Auch die zweiten Phalangen sind kurz und aufgelockert; auch das Olecranon zeigt solche Erscheinungen. Nägel und Zähne sind völlig normal. Raynaud und Tetanie liegen nicht vor. Die Hypophyse und Thyreoidea sind normal. Erst die weitere Entwicklung wird die Art der trophischen Störung klären.

Herr **Oberwarth** demonstriert 1) Lues congenita mit Hutchinson-Zähnen und Keratitis parenchymatose; die eben erst durchbrechenden Zähne sind schon gekerbt. 2) Hochstand der Schulter (rechts) bei einem 12jährigen nervengesunden Mädchen. Die Scapula ist auch in der Sagittalebene gedreht und die Wirbelsäule des Halses beteiligt. 3) Perineale bzw. scrotale Hypospadie bei einem 9monatigen Knaben. Die Harnröhre mündet an der Unterseite des Hodensackes; der undurchbohrte verkümmerte Penis imponiert als Clitoris. Die Harnentleerung ist ungestört. Später ist Plastik nötig.

Herr **Kleinschmidt** demonstriert 1) einen Fall von Turmschädel exquisiter Art mit Heraustreten der Augäpfel und Trübung der Corneae. Die Eltern sind blutsverwandt, die beiden ersten Kinder wurden schwer geboren, starben bald und zeigten ähnliche Abnormität.

2) Einen Fall von Pneumokokkensepsis bei einem 3monatigem Kinde, das nach Flaschenkost an Durchfall und Erbrechen erkrankte. Trotz sonstiger Besserung blieb das Allgemeinbefinden schlecht; auch Ammennahrung nützte nicht. Das Fieber blieb. Erst die zweite Sinuspunktion ergab Pneumokokken. Optochin vermochte das Kind nicht mehr zu retten. Auffallend ist der langsame Verlauf der Krankheit.

3) Hautdiphtherie bei einem 3jährigen Kinde, das im Oktober Halsentzündung gehabt haben und heiser gewesen sein soll; die Krankheit dauerte 14 Tage; nach 8 Tagen zeigte sich Rötung um den After mit Defektbildung bis zum Hodensack und Hautschwellung der Nachbarschaft. Es fanden sich Diphtheriebazillen. Mit Serum und Perubalsam-Verbänden heilte das Leiden. Zwar kommen auf der Haut Pseudo-Diphtherie-Bazillen vor; aber hier folgte postdiphtheritische Lähmung. Typisch ist die symmetrische Affektion bei der Nates mit speckig weißem Belag. Die Infektion erfolgte wohl durch den Darm. In einem tödlichen Falle sah Vortr. Diphtherie des Oesophagus und des Mastdarms.

4) Anatomische Präparate a) von einer Atresie des Dünndarms: die Drüsenelemente fehlten völlig am unteren Teile des Darms;

b) eine Darmcyste von einem Säugling, der plötzlich mit galligem Erbrechen und Verstopfung sowie kugliger Auftreibung der Nabelgegend erkrankte. In die Höhle mündete der Dünndarm schräg mit Klappenbildung, in der Nähe lag die Abgangsstelle. Der Darm war 240 cm zu kurz.

c) Gliom bei einem 10 Monate alten Kinde, das sehr schnell mit Krämpfen, Fieber, Coma und Nackensteifigkeit verlief. Im Lumbalpunktat fanden sich die typischen Tumorzellen: einkernig und fetthaltig. Der Liquor hatte einen starken Bodensatz. Der Tumor ging von den Meningen aus und reichte bis zum rechten Seitenventrikel.

Beobachtungen über trockene Haut bei Kindern.

Herr **Karger:** Die trockene spröde schilferne Haut fällt bei manchen sonst gesunden Kindern auf. Die Hautpflege ist von Einfluß. Bei Bettruhe und unter Verbänden hält die Entfernung der absterbenden Oberschichten mit der Neubildung nicht Schritt und es zeigt sich ein Schuppenbelag. Vermehrter Zelluntergang der Haut folgt der Verletzung der oberen Schichten. Nach der Heilung hört indes die Schuppung auf. Trocken und schlaff ist die Haut der unterernährten, kachektischen Kinder. Die meisten Kinder behalten ihre trockene Haut für ihr ganzes Leben; sie ist meist angeboren und meist bei Verwandten vorhanden oder durch eine schwere andere Mißbildung oder Erkrankung der Haut repräsentiert. In der Verwandtschaft finden sich meist alle Uebergänge zwischen gesunder und abnormer Haut. Häufig ist eine abortive Ichthyose, die mit Milchschorf, Psoriasis und Lichen abwechselt. Die ausgebildete Form des Myxoedems ist oft trocken. Bessert sie sich unter Thyreoidin, so schwindet die Hautstörung. Andere Versuche verliefen freilich negativ. Wenn man die Schweißdrüsen durch Formalin ausschaltet, so kommt es zu ähnlichen Bildern: Gerbung der Haut. Der Schweiß scheint gegen Eiweißgifte zu schützen. Bei Ichthyosis liegt Atrophie der Schweißdrüsen neben Verhornungsprozessen und Störung des Hauttalgs vor. Die Talgdrüsen finden sich auch an haarlosen Stellen. Die Talgsekretion variiert in den verschiedenen Lebensaltern. Die Pubertät offenbart die Ausbildung des Talgs der Haut meist an Nase und Stirn; bei jüngeren Kindern sind Akne und Comedonen selten. Fettreiche Nahrung bewirkt nur Steigerung des Fettgehaltes der Unterhaut. Bei Diabetes wirkt Kohlehydrat- bzw. Fett-Nahrung bei schlechter Toleranz auf die Haut verschieden ein. Der neue Talg schiebt den alten Talg heraus und mit ihm die Bazillen. Wird weniger Talg erzeugt, so bleibt der alte Talg in den Drüsengängen liegen und die Bazillen erzeugen die Diabetiker-Furunkel. Bei großer Fettaufnahme und geringer Kohlehydrat-Toleranz trat Furunkulose auf. Die Haut vermag Wasser aufzunehmen und abzugeben wie Lanolin. So kann der Talg immer eine gewisse Austrocknung der Haut verhüten. Trockene Haut hat Schädigung der Talgsekretion zur Voraussetzung. Fehlt die Einölung, so wird die Haut rissig und neigt zu Ekzem und Pyodermie. Der Juckreiz ist nicht die Form einer Hautstörung, sondern eine Eigenschaft der Kinder. Die trockene Haut spricht leicht auf Reize an: die Wahrscheinlichkeit ist aber nicht zu berechnen. So können typische Krankheitsbilder durch Kratzeffekte verschleiert werden, z. B. Scharlach. Die trockene Haut der Kinder ist somit Ausdruck verschiedener Störungen und oft ein Nebensymptom, das aber nicht belanglos ist.

Mode.

IV. Bücherschau.

Operationsübungen an der menschlichen Leiche und am Hund. Von Prof. Dr. G. Axhausen, Oberarzt der Chirurgischen Klinik der Charité und Leiter der Poliklinik in Berlin. Mit einem Geleitwort von Geh. Medizinalrat Prof. Dr. O. Hildebrand. Mit 317 farbigen Abbildungen auf 132 Tafeln, sowie 132 zum Teil farbigen Textabbildungen nach Originalen von Maler Franz Kotzian. München, J. F. Lehmanns Verlag, 1919 (Lehmanns medizinische Atlanten Band XIII), 308 S. Preis 50,— Mk.

Es hätte des vorgedruckten Geleitworts nicht bedurft, um für das vorliegende hervorragende Werk zu werben. Verf. hat es verstanden, den vielen bereits vorhandenen Lehrbüchern gleicher Tendenz ein neues von besonderer Eigenart hinzuzufügen, das in mehrfacher Hinsicht einen didaktischen Fortschritt darstellt. Als Ziel schwebte ihm dabei vor, dem chirurgischen Anfänger einen Leitfaden zur Einführung in das umfangreiche Gebiet der Operationslehre an die Hand zu geben; es wird deshalb bei den behandelten operativen Aufgaben stets nur ein bewährtes Verfahren, dieses aber dafür mit der gebotenen Ausführlichkeit und Klarheit, durch die nötigen bildlichen Darstellungen erläutert, in seinen einzelnen Akten beschrieben. In aller Kürze einige Worte über die Begrenzung des Stoffes. Außer den Unterbindungen der größeren Gefäße, den Amputationen, Exartikulationen und Resektionen, wie sie seit längerer Zeit in dem studentischen Operationskursus gelehrt werden, werden die typischen Operationen am Kopf, am Hals, an der Brust, am Bauch und Becken abgehandelt. Eine bemerkenswerte Neuerung ist dabei, daß eine Reihe von Eingriffen, deren Einübung an der menschlichen Leiche sich aus technischen Gründen nicht empfiehlt, am lebenden Hunde ausgeführt werden, wie es Verf. bereits seit längerer Zeit in seinen Operationskursen verwirklicht hat, so die Darm- und Gefäßnaht die Resektionen von Magen und Darm. — A.'s Werk, das auch in stilistischer Hinsicht nichts zu wünschen läßt und bezüglich seiner äußeren Ausstattung ganz auf der Höhe der in der verflossenen Friedenszeit entstandenen Lehmann'schen Atlanten steht, wird vermöge seiner vorzüglich gelungenen Abbildungen nicht nur der jüngsten Aerztegeneration Deutschlands ein erfolgreicher Lehrmeister sein, sondern wohl auch manchem älteren Arzt die Auffrischung seines operativen Könnens ermöglichen.

L.

Heilung und Entwicklung im Seelenleben. Die Psychoanalyse, ihre Bedeutung für das moderne Leben von Dr. **Alphonse Maeder.** Rascher & Cie., Verlag, Zürich 1918 71 S. 2,— Fr.)

Vorliegende Schrift ist aus einem vor Studierenden gehaltenen Vortrag hervorgegangen. Der Verfasse gibt einen kurzen Ueberblick über die historische Entwicklung der psychoanalytischen Methode; er hebt besonders die charakteristiscn Merkmale der verschiedenen Forschungsrichtungen, welche von der Wiener (Freud, Breuer, Adler), und der Zürcher Schule (Jung, Bleuler usw.) repräsentiert werden, scharf hervor. Eine Einführung in die praktische Anwendung der Psychoanalyse will die Schrift nicht bieten; ihr Zweck ist vielmehr, das Wesen dieser Methode und ihre Bedeutung für die gesamte heutige Menschheit im allgemeinen einem weiteren Kreise zu erschließen. Es liegt in der Natur der nicht leichten Aufgabe, daß dies dem Verfasser nicht durchweg gelungen ist; manche seiner Ausführungen werden Lesern, die nicht schon aus früherer Beschäftigung die Psychoanalyse kennen, mehr oder weniger dunkel bleiben. Die Psychoanlyse ist, das ist die Quintessenz der Schrift, dazu berufen, die bisherige einseitig rationalistische, sein Denken, Wollen, Handeln beherrschende Einstellung des modernen Menschen durch die Welt des Irrationalen, Unbewußten zu ergänzen, es handelt sich, wie M. sich ausdrückt, um eine Synthese des Mittelalters und der modernen Zeit. —

Patienten-Journal 1920. Berlin W 30, Verlag von Oscar Coblentz 1920.

Auf dieses sehr praktisch eingerichtete ärztliche Tagebuch sei hierdurch besonders hingewiesen; es eignet sich, wie wir aus langjähriger eigener Erfahrung versichern können, vorzüglich für den Privat- und Krankenkassenpraxis treibenden Allgemeinarzt. Der Verlag läßt es in vier verschiedenen Stärken, mit je 256, 512, 768 und 1000 Konten (und Raum für die zugehörigen Krankengeschichten) erscheinen.

Th. L.

V. Zum 36. Balneologenkongreß.

Nach sechs Jahren schwerster Tage für unser Vaterland, in denen der wissenschaftliche Fortschritt ruhen mußte, weil Kopf und Arm sich in den Dienst des Vaterlandes stellen mußten, wird die Balneologische Gesellschaft vom 10. bis 13. März 1920 in Berlin im Kaiserin Friedrich-Haus für ärztliches Fortbildungswesen, Luisenplatz 2—4, ihre alljährlichen beliebten Kongresse wieder aufnehmen. Die deutschen Bäder, die durch den blitzartigen Ausbruch des Krieges zuerst von den Kurgästen verlassen waren und verödet dalagen, wurden bald die Heilstätten für Tausende von Kriegsbeschädigten, die hier Heilung und Genesung von Kriegsverletzungen und Kriegskrankheiten aller Art zu finden hofften und auch gefunden haben. Daß die Bäder auch weiterhin dazu berufen sind, die Schäden an der Gesundheit unserer Kriegsteilnehmer wieder gut zu machen, zeigt ein Blick auf das Programm des Kongresses, in welchem fünf Referate angesehener Badeärzte die Bedeutung der Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten würdigen werden, und zwar berichtet über die Erkrankungen der Atmungsorgane San.-Rat Dr. Stemmler-Ems, über Erkrankungen der Kreislauforgane Privatdozent Dr. Groedel-Nauheim, über Erkrankungen des Stoffwechsels, der Verdauungsorgane und der Nieren Dr. Schliep-Baden-Baden, über Erkrankungen des Bewegungsapparates San.-Rat Dr. Hoffmann-Warmbrunn und über Nervenerkrankungen San.-Rat Dr. Bieling-Friedrichroda. Im Anschluß an die Referate sind etwa vierzig Vorträge von Klinikern und Badeärzten angemeldet, welche zum Teil die Kriegserfahrungen ergänzen sollen, zum Teil auch andere Fragen von balneologischem und klinischem Interesse behandeln.

Aus den Anmeldungen der Vorträge kann man das lebhafteste Interesse für das erneute Wiederaufblühen der balneologischen Wissenschaft erkennen, wie ja auch die Badeverwaltungen bereits eifrig dabei sind, in dem Ausbau der Bäder allen Wünschen derer gerecht zu werden, welche die Bäder zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit und zu ihrer Erholung aufsuchen wollen.

Die Verhandlungen der Balneologischen Gesellschaften sind öffentlich, so daß Interessenten der Besuch der Verhandlungen ohne weiteres ermöglicht ist.

Hirsch (Charlottenburg).

VI. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Oberstabsarzt Prof. Dr. Schwiening, Abteilungs-Dirigent im Reichs-Arbeitsministerium, starb an Grippe im 50. Lebensjahre. Er war früher lange an der Kaiser-Wilhelms-Akademie und in der Medizinal-Abteilung des Preußischen Kriegsministeriums tätig, und ist auch literarisch auf dem Gebiet der Volkshygiene und Medizinalstatistik hervorgetreten. Eine Zeitlang war er auch Redaktionsmitglied der Deutschen medizinischen Wochenschrift.

Greifswald. Privatdozent Prof. Dr. phil. Adloff, Leiter des zahnärztlichen Instituts, wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

Halle a. S. Privatdozent Prof. Dr. Dold, Abteilungsvorsteher am hygienischen Institut, erhielt einen Lehrauftrag für soziale und gewerbliche Hygiene.

Marburg. Privatdozent Prof. Dr. G. Bessau erhielt einen Lehrauftrag für Kinderheilkunde.

Görbersdorf. Der bekannte Lungenheilanstaltsbesitzer San.-Rat Dr. Weicker ist gestorben.

München. Generalarzt a. D. Dr. Emil Rotter, Verfasser eines in zahlreichen Auflagen erschienenen Lehrbuches über die „typischen Operationen", starb im 70. Lebensjahre in Neuhaus bei Schliersee. Ferner starb in München Prof. Dr. Karl Grube, Privatdozent für Physiologie an der Bonner Universität und Badearzt in Neuenahr, im 54. Lebensjahr, der zahlreiche Arbeiten über die Zuckerkrankheit veröffentlicht hat.

Würzburg. Privatdozent Dr. Schönfeld hat eine Berufung nach Greifswald auf die neuerrichtete dermatologische Professur erhalten.

Wien. Der ordentliche Professor der Gynäkologie und Geburtshilfe, Direktor der zweiten geburtshilflich-gynäkologischen Klinik, Dr. Ernst Wertheim, ist im 56. Lebensjahre gestorben.

Verschiedenes.

Berlin. Die 44. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 7.—10. April d. J. im Langenbeck-Virchow-Haus statt. Vorsitzender ist Prof. Dr. Bier, Schriftführer Prof. Körte.

Prag. Nach einer Mitteilung des tschechischen Arbeitsministers besitzt die tschechoslowakische Republik gegenwärtig 2 g Radium im Werte von 20 Millionen Kronen. Es ist dies der größte Radiumvorrat in der Welt.

Genf. Der große Rat des Kantons Genf hat Ende vorigen Jahres ein Gesetz angenommen, welches die zwangsweise Krankheitsversicherung aller Schüler, welche irgend eine Schule des Kantons besuchen, einführt. Die Versicherungsgebühr beträgt für das erste Jahr 15 Rappen wöchentlich.

VII. Zweiter Kurszyklus für Balneologie und Balneotherapie in Karlsbad.

Mit großer Freude werden alle, welche ein Interesse an dem wissenschaftlichen Fortschritt des Bäderwesens haben, es begrüßen, daß in diesem Jahre der langgeplante und vielersehnte zweite Kurszyklus für Balneologie und Balneotherapie vom 19. bis 25. September 1920 in Karlsbad stattfinden soll. Die wissenschaftliche Bedeutung des ersten Kurszyklus im Herbst 1913 hat alle Erwartungen weitaus übertroffen, mochten sie auch noch so hochgespannt sein. Der erste Vortragszyklus war vom Stadtrat Karlsbad veranstaltet und von dem Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin wesentlich gefördert worden. Die Absicht, im Herbst 1914 den zweiten Kurs abzuhalten, wurde leider wie so mancher wissenschaftliche Plan, durch den Krieg vereitelt. Um so dankbarer sind die Freunde des ersten Kurszyklus der Stadt Karlsbad und dem Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin, vor allem aber dem rührigen Geschäftsführer Herrn Dr. Edgar Ganz-Karlsbad, daß die schweren Zeiten, die das Badewesen erlebt und erlitten, die wissenschaftlichen Bestrebungen nicht unterdrückt haben, sondern vielmehr die Aussicht besteht, daß auch in der Balneologie mit aller Kraft wieder aufgebaut und gefördert werden soll. Nach dem Verlauf des ersten Vortragszyklus und den Vorbereitungen, die getroffen sind, dürfen wir auch von dem zweiten Vortragszyklus nur Gutes erhoffen.

Hirsch (Charlottenburg).

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang Berlin, 6. März 1920 No. 10

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

89. Jahrgang **Berlin, 6. März 1920** **No. 10**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Atmungsgymnastik und Atmungstherapie.

Dr. med. **Fr. Kirchberg**, (Berlin).

(Fortsetzung und Schluß.)

In beiden Fällen wird die Mehranforderung an Blut in der Zeiteinheit durch das Herz gedeckt, aber doch in ganz verschiedener Weise. In dem ersten Falle merkt der Mensch davon so gut wie nichts, in dem zweiten Falle zeigt ihm Herzklopfen und Atemnot, daß etwas nicht in Ordnung ist. Auch bei einem herzgesunden Menschen sehen wir nun, daß die Arbeitsmehrleistung ihm in den ersten Tagen eine Vermehrung seiner Pulszahl und Herzklopfen verursachen, daß aber bei regelmäßiger Wiederholung die Pulszahl immer weniger steigt und jedenfalls nach Aufhören der Arbeit sofort wieder zur Norm zurückkehrt. Wir sagen, das Herz hat sich an die Arbeit gewöhnt, und die für die betreffende Arbeit in Betracht kommende Muskelmasse ist durch die regelmäßige Uebung dafür derartig trainiert, schnell die für die betreffende Arbeit nötige Blutmenge in sich aufzunehmen. Allmählich geht dann die Kräftigung des Herzens, unter Umständen auch die Vergrößerung des Herzens, Hand in Hand mit der Vergrößerung der Muskelmassen. Denken wir nun z. B. an ein durch eine schwere Infektionskrankheit geschwächtes oder durch Fettablagerung untüchtig gewordenes oder durch nervöse Einflüsse geschädigtes Herz, das bei jeder Mehrleistung versagt; soll ich nun einen derartigen Menschen zu dauernder Untätigkeit verdammen? Solange er keine erhebliche körperliche Arbeit leistet, geht es ihm anscheinend gut. Verlange ich aber von dem Herzen irgend welche Arbeit, so tritt sofort wieder eine Verschlechterung ein. Ich kann nun in den meisten derartigen Fällen, solange keine irreparabelen Zustände eingetreten sind, durch systematisches, allerdings häufig lange andauerndes Vorgehen sehr viel erreichen. Der Weg dafür wird wie oben durch folgende Worte gekennzeichnet: Massage, passive Gymnastik, Atmungsgymnastik, aktive Gymnastik, Training, Sport. Ueber die Begründung dieses Satzes kann ich hier nur einige wenige Worte sagen. Ueber die Wirkung der Massage sei nur soviel erwähnt, daß sie, richtig ausgeführt, in diesen Fällen ebenso die Arbeit des linken Herzens erleichtert wie die des rechten. Die des linken dadurch, daß sie durch Erweiterung der Kapillargefäße in der Muskulatur, wie namentlich im Unterhautzellgewebe die vorwärtstreibende Kraft des Herzens unterstützt. Wir haben das Herz nur als eine Druckpumpe anzusehen, die die Aufgabe hat, das Blut durch die Arterien hindurch, in denen sie durch die Elastizität ihrer Wände in ihrer Arbeit unterstützt wird, bis in die feinsten Kapillargefäße hineinzutreiben. Je dünner die Gefäße werden, um so größer wird die Reibung an den Wänden, und um so schwerer ist es, das Blut durch sie hindurchzupressen. Da ich nun in der Massage ein fast ideales Mittel besitze, diese Gefäße sowohl in der Muskulatur wie im Unterhautzellgewebe zu erweitern, so erleichtere ich hierdurch wesentlich die Arbeit des linken Herzens. Daß diese Erweiterung der Gefäße nur eine vorübergehende ist, nimmt ihr nichts von ihrer belebenden Wirkung. Die Zeit der Erweiterung bedeutet eine Ruhepause für das Herz, und der Wechsel zwischen Erweiterung und Verengung ist eine direkte Herzübung. Die Erleichterung der Arbeit des rechten Herzens ist zu finden in der Beförderung des Venenstroms bei der Massage, gegeben einmal durch direkte Auspressung der Venen, und dann dadurch, daß die durch die Hackungen und Klopfungen hervorgerufenen Muskelkontraktionen ebenfalls den Blutkreislauf befördern. So befördert die Massage des Körpers die Blutzirkulation fast ohne Mitwirkung des Herzens in idealer Weise. Die direkte Herzmassage in Gestalt von Klopfungen und namentlich von Vibration, ist bei weitem angreifender für das Herz und darum im Anfang häufig gar nicht angebracht. Eine richtig ausgeführte Bauchmassage wird fast immer subjektiv in diesen Fällen sehr angenehm empfunden und macht sich objektiv günstig bemerkbar durch die Herabsetzung der Pulszahl (hervorgerufen durch die starke Beeinflussung des sehr umfangreichen Venenstromgebietes im Abdomen).

Passive Uebungen dienen ebenfalls der leichteren Rückströmung des Venenblutes und in gewissem Sinne auch der Erweiterung der Gefäße in der Muskulatur, also auch bei den Stromgebieten, sowohl dem des rechten wie dem des linken Ventrikels.

Was hat hier nun die Atemgymnastik zu tun? Ihre Wirkung ist nicht, wie schon aus dem weiter oben Gesagten klar geworden ist, zu sehen in der besseren Versorgung des Organismus mit Sauerstoff — das spielt dabei eine ganz untergeordnete Rolle —, sondern in der durch die Atmung bewirkten mechanischen Beförderung der Zirkulation, die wir nun, wie wir gleich sehen werden, durch systematische Ausbildung ganz ungemein steigern können. Wir wissen, daß jede tiefe Inspiration durch Verstärkung des negativen Drucks im Thorax und die dadurch bewirkte Ansaugung des Venenblutes zunächst die Füllung des rechten Ventrikels vergrößert und erleichtert. Auf diese Vorgänge und die Beeinflussung des linken Ventrikels müssen wir hier noch näher eingehen.

Die außerhalb des Thorax verlaufenden Gefäße stehen natürlich zum größten Teil unter dem Atmosphärendruck, der allerdings etwas verändert wird durch die Beeinflussung der sie umgebenden Gewebe. Ich glaube, wir können diese Druckbeeinflussung in den Körpergeweben fast überall ähnlich ansehen, wie wir sie beim Abdomen sehen, daß nämlich die mehr oder minder mit Feuchtigkeit durchtränkten Organe den atmosphärischen Druck nur sehr gering ver-

ändern; wenn aber, dann nach der positiven Seite. Dagegen stehen die im Mediastinum verlaufenden großen Arterien und Venen unter negativem Druck, nämlich unter der Druckdifferenz zwischen dem Atmosphärendruck und der gegenseitigen elastischen Spannung des Brustkorbes und der Organe des Thoraxinneren.

Diese je nach den Phasen der Atmung und der Tiefe der Atmung wechselnde Druckdifferenz bedeutet für den Venenstrom ein gewisses statisches Gefälle. In Bezug auf das Herz selbst können wir annehmen, daß die Systole des Herzens selbst durch diesen negativen Druck unbeeinflußt bleibt, wogegen die diastolische Blutfüllung der Herzhöhlen sicher durch diese Druckerniedrigung im Sinne einer größeren Elastizität erhöht wird.

Die Hauptrolle spielen die durch die Atembewegungen des Thorax entstehenden Druckdifferenzen. Auch Bruns berechnet den negativen Druck im Thoraxinneren bei richtiger Einatmung auf 10 mm Quecksilber, so daß schon durch die dadurch resultierende Erweiterung der Venenlumina bezw. Abnahme der Widerstände sich eine erhebliche Förderung der venösen Zirkulation ergibt.

Wird die Strömung im Gebiet des rechten Herzens erleichtert, so ergeben die respiratorischen Druckschwankungen nun auch eine recht erhebliche Zirkulationsbeförderung im Blutkreislauf der Lunge selbst. Die inspiratorische Volumenzunahme der Lunge streckt und erweitert die Kapillaren und vermehrt so ihre Kapazität, gleichzeitig wird durch die inspiratorische Druckerniedrigung in den Lungen auch eine Erweiterung der Pulmonalvenen erzeugt, so daß wir hierdurch, wie durch die oben erwähnte Erleichterung der Diastole des Herzens, die erwünschte Zirkulationserleichterung zwischen rechter und linker Herzhälfte bekommen.

Wir sehen also aus diesen Bemerkungen, daß für beide Herzhälften eine systematisch durchgeführte Atmungsgymnastik erhebliche Vorteile hat. Wir können durch mechanische Beeinflussung der erwähnten Druckverhältnisse in verschiedener Weise diese Faktoren noch stark vermehren.

Zunächst erreichen wir dies durch eine Vertiefung der Atmung und Aenderung der einzelnen Atmungssphasen, ferner, da ja muskuläre Atmung und Füllung der Lungen an sich zwei verschiedene Dinge sind und die Zeit der Füllung der Lunge abhängt von der Weite der Zuleitungsröhren, durch die Aenderung der Weite dieser Röhren. Mit anderen Worten, wir erhöhen die Druckdifferenz z. B. dadurch, daß wir nicht wie sonst durch den geöffneten Mund atmen lassen, sondern durch die Nase, dann weiter noch mehr durch Atmung nur durch ein Nasenloch, indem das andere Nasenloch zugedrückt wird, und schließlich am stärksten nur durch muskuläre Erweiterung des Thorax ohne gleichzeitige Atmung. Da dies letzte aber immer nur auf sehr kurze Zeit geschehen kann, können wir eine weitere Erschwerung erzielen durch Einatmung verdünnter Luft. (Kuhn'sche Saugmaske, Unterdruckatmung nach Bruns usw.)

Auf die Art der Uebungen kann ich hier nicht näher eingehen. Einige davon werde ich Ihnen am Schluß demonstrieren. Aus dem Gesagten wird Ihnen auch klar sein, wie wir die Atmungstherapie für Training und Sport auszuführen haben. Hoffentlich werden Sie einen kurzen Ueberblick darüber gewonnen haben, ein wie wichtiges Gebiet die Atmungsgymnastik und Atmungstherapie für den Mechanotherapeuten überhaupt ist, und daß es durchaus im Interesse unseres Spezialgebietes sowie dem des Ansehens unseres Standes überhaupt liegt, dieses Gebiet wissenschaftlich zu durchforschen, nach jeder Richtung hin auszubauen und es keinesfalls weiter wie bisher irgend welchen Laienkünstlern auf diesem Gebiet zu überlassen.

II. Referate.

Dr **Hans Barbrock** (Gelsenkirchen): **Ueber gehäuftes Auftreten von spätrachitischen Knochenerkrankungen bei jugendlichen Bergarbeitern.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 39.)

Wie in anderen Gegenden, so wurden auch im Gelsenkirchener Industriebezirk im Laufe des vorigen Winters und Frühjahrs bei jugendlichen Arbeitern zahlreiche Knochenerkrankungen beobachtet. Verfasser beobachtete derartige Fälle ausschließlich bei jugendlichen Bergarbeitern im Alter von 15—19 Jahren. Die Symptome entsprechen den anderweit, besonders von Fromme, beschriebenen. Es kam nicht nur zu Knochenverbiegungen, sondern auch zu Infraktionen, besonders am Oberschenkel oberhalb des Kniegelenks. Die Ursache lag in der jahrelangen, ganz unzureichenden Ernährung (völliger Mangel an Milch, Käse, Fischen, unzureichende Versorgung mit Butter, Eiern und Fleisch) bei schwerer körperlicher Arbeit.

Dr. **Friedrich Vorpahl** (Greifswald): **Beitrag zur Influenzamyositis.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 39.)

Verfasser berichtet über einen Fall von Myositis im Anschluß an Grippe bei einem 55 jährigen Mann. Das Krankheitsbild bestand in einer sehr schmerzhaften, derben Schwellung der Nackenmuskulatur und in einer starken Schmerzhaftigkeit ohne Schwellung in den Streckmuskeln beider Oberschenkel und in der Wadenmuskulatur, bei hohem Fieber und erheblicher Vermehrung der Leukozyten. Die Krankheit verlief sehr chronisch, endete aber mit voller Heilung der erkrankten Muskeln. Allerdings bestand bis zur Entlassung des Kranken ein hochgradiger allgemeiner Schwächezustand. Die bisherigen Erfahrungen haben ergeben, daß die Influenzaamyositis eine günstige Prognose hat; bisher sind alle Fälle ausgeheilt, ohne Störungen an den erkrankten Muskeln zu hinterlassen. Die Erkrankung ist selten; die Myalgien, die stets bei der Influenza auftreten, sind vielleicht leichtere Formen der Influenzamyositis. Was die Behandlung anlangt, so sah Verfasser in seinem Fall eine günstige Beeinflussung durch intravenöse Kollargolinjektionen.

Dr. **M. Meyerhof** (Hannover): **Toxische Abduzenslähmungen bei Grippe.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 39.)

Augenmuskellähmungen bei Grippe sind schon längere Zeit bekannt, gelegentlich der Influenzaepidemie 1889/90 wurde vielfach darüber berichtet. Verfasser sah bei der letzten Grippeepidemie 6 Fälle von Abduzenslähmung, zwei Fälle davon endigten tötlich an Pneumonie resp. Empyem.; bei der Sektion wurden die Gehirnregion der Augenmuskelkerne sowie die Augenhöhlen und Nasennebenhöhlen makroskopisch untersucht, ohne daß Veränderungen gefunden wurden. In den übrigen Fällen heilten die Lähmungen in 1½ bis 6 Wochen. Verfasser nimmt an, daß die Augenmuskellähmungen bei Grippe durch Einwirkung der Bakterientoxine auf das Nervengewebe zustande kommen. Es scheint sich dabei vorwiegend um Kernlähmungen zu handeln, doch ist mangels genügend zahlreicher mikroskopischer Untersuchungen Neuritis der Nervenstämme nicht auszuschließen.

Dr. **Herrmann** (Cassel): **Zur Behandlung des Heuschnupfens.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920. Nr. 8.)

Verfasser hat in fünf Jahren neun Fälle von Heuschnupfen mit Hochfrequenzströmen, zum Teil unter Zuhilfenahme der Höhensonne behandelt. Die Nase und Stirn werden 2—5 Minuten örtlich bestrichen, bei Asthma auch die Brust. Durchschnittlich waren 10 Sitzungen notwendig, um glänzende Erfolge zu erzielen. — Die Erfolge sind so verblüffend, daß möglichst ausgiebige Nachprüfungen nur empfohlen werden können. Eine Bestätigung der Angaben wäre mit Rücksicht auf das Qualvolle des Leidens, das so jeder Behandlung trotzt, durchaus zu wünschen. Hirsch.

Dr. **Julius Hatiegan** (Kolozsvàr): **Untersuchungen über die Aetiologie und das klinische Bild der epidemischen Gelbsucht.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 39.)

Wie andere Aerzte, so hatte auch Verfasser während des Krieges Gelegenheit, bei seinem Truppenteil an der östlichen Front das Auftreten einer fieberhaften akuten Gelbsucht in epidemischer Verbreitung (Icterus epidemicus catarrhalis) zu beobachten; gleichzeitig trat die Erkrankung auch in der Zivilbevölkerung des betreffenden Gebiets epidemisch auf. Die Seuche begann im Juli, erreichte während der Monate Oktober bis Dezember ihren Höhepunkt, um dann im Januar abzunehmen und im März ganz zu erlöschen. Im allgemeinen verlief die Erkrankung gutartig. Verfasser gibt eine eingehende Schilderung des klinischen Verlaufs der Erkrankung und berichtet dann über das Ergebnis von Untersuchungen, welche er über die Aetiologie der Krankheit anstellte. In 50 Fällen entnahm er mit der Duodenalsonde Inhalt aus dem Duodenum. In 62 Proz. der untersuchten Fälle gelang es, aus der gewonnenen Galle ein Stäbchen zu züchten, welches nach seinen Eigenschaften zur Gruppe des Bacterium coli gehört. In 5 Fällen wurde dasselbe Stäbchen aus dem Blut gezüchtet. Verfasser glaubt, daß dieses Bacterium wahrscheinlich mit verdorbenem Fleisch aufgenommen wurde, da unter den damaligen Kriegsverhältnissen vielfach Fleisch von erkrankten Tieren zur Ernährung der Truppen und der Zivilbevölkerung verwendet wurde. Mehrere Male gelang es, auf Fleischproben ein Bakterium nachzuweisen, welches dem aus der Galle gezüchteten vollständig glich. — Was den pathologischen Charakter der Krankheit anlangt, so sieht Verf. darin eine auf die Leber beschränkte Infektion und Intoxikation. — Was die Behandlung anlangt, so gab er Urotropin und Natr. salicylic. (0,5) 3 mal täglich, ferner Bolus, außerdem zur Entleerung des Darmkanals eine Mischung von Karlsbader und Seignette-Salz; daneben fleisch- und fettlose Diät, Bettruhe, warme Umschläge auf die Lebergegend.



BABY-CREME
„Kosmata"
FEINSTES
SPEZIALERZEUGNIS
FÜR DIE
KINDERHAUT.
REIZLOS-MILDE
VERPACKUNG IN LACKIERTEN
ZINNTUBEN (1 KARTON=10 STCK)
BINDER & KETELS
CHEMISCHE FABRIK
HAMBURG



Dr. Mayer's
Röntgen-Specialplatten
sind unstreitig die besten Platten für Röntgenaufnahmen. Höchste Empfindlichkeit, absolut klar, reine Schicht, präzise Wiedergabe der feinsten Strukturen.
Bezugsquelle sämtlicher Chemikalien gebrauchsfertig oder in Substanz.
Dr. Mayer & Rotzler
Fabrik photograph. Platten und Chemikalien
Karlsruhe i. Baden.



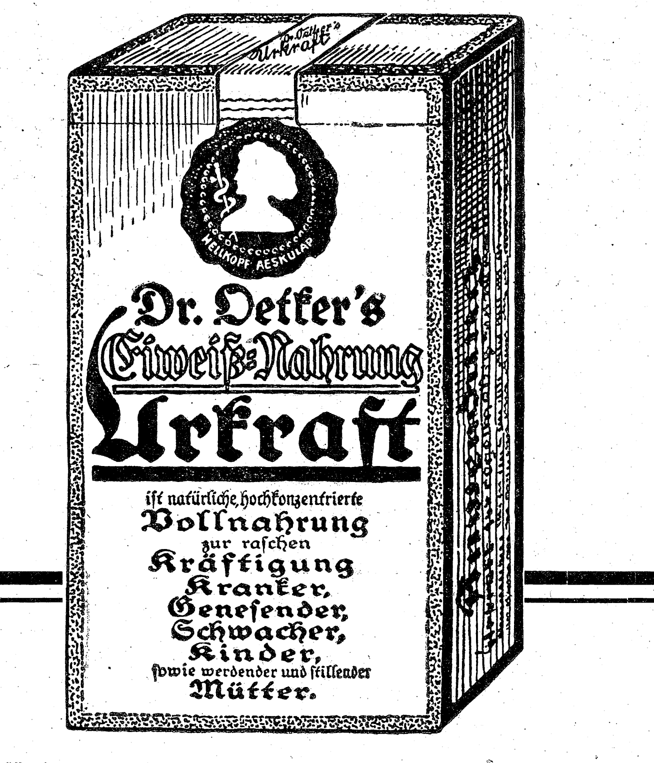
Aachener
Kaiserbrunnen
Kaiserquelle
kohlensäurehaltiges bestes Tafelwasser
natürliches Thermalwasser zu Haustrinkkuren,
abgefüllt unter Kontrolle der Stadtverwaltung,
wirkt vorbeugend und heilend bei
Rheuma, Gicht, Katarrhen
der Verdauungs- und Atmungs-Organe etc. Brunnenschriften durch
Aachener Thermalwasser „Kaiserbrunnen" A.G. Aachen-Nord 44



EMS
Schutz-Marke



Emser Wasser



Aus dem Gutachten des öffentl. Lab. von Dr. Aufrecht, Berlin:

Bakteriologischer Befund:

Kulturversuche haben ergeben, daß die Probe frei von schädlichen Mikroorganismen war.

Chemischer Befund:

Wasser	7,88 %
Stickstoffsubstanz	67,96 %
Fett (Aetherextrakt)	2,80 %
Lösliche Kohlenhydrate	19,12 %
Unlösliche Kohlenhydrate	0,52 %
Rohfaser	0
Asche	1,72 %
Phosphorsäure	0,46 %
Von der Stickstoffsubstanz erwiesen sich als verdaulich	88,2 %

Nach diesem Befund halte ich die Probe für ein beachtenswertes Präparat. Es ist besonders gekennzeichnet durch den hohen Gehalt an leichtverdaulichen Eiweißstoffen, besitzt bei sachgemäßer Aufbewahrung eine gute Haltbarkeit und gibt, mit Wasser oder Milch angerührt und aufgekocht, eine schmackhafte Speise von reinem, mildem Geschmack. In hygienischer Beziehung gibt sie zu einer Bemängelung keinen Anlaß.

Kostenfreie Muster stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Trocknungs-Werke Oetker & Co., G. m. b. H., Bielefeld

Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten

für praktische Aerzte

von

San.-Rat Dr. Reinh. Ledermann
(Berlin)

4. Auflage mit 88 Abbildungen

Preis gebunden
M. 10.80
einschl. Teuerungszuschlag

Von der gesamten Fachpresse glänzend begutachtet. Die Deutsche med. Wochenschrift schreibt:
. . . Einer Empfehlung bedarf dieses bewährte therapeutische Vademecum nicht mehr . . .

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W 30

Vorlesungen über Frauenkrankheiten

Aus der Praxis — für die Praxis

von

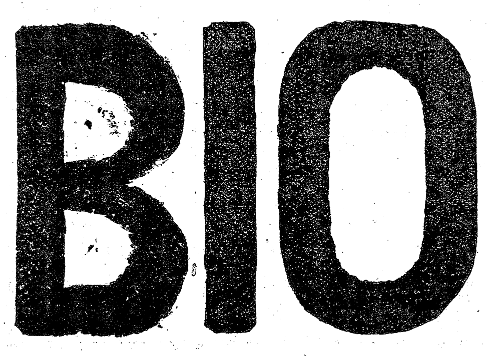
San.-Rat Dr. Karl Abel
(Berlin)

Mit 93 teils farbigen Abbildungen

Preis einschließl. Teuerungszuschlag
geheftet M. **25.20**
gebunden M. **28.80**

Dr. Max Nassauer schreibt in der Münch. med. Wochenschrift:
. . Besonders schön sind die anatomischen Abbildungen, die zeigen, daß Abel Grund hatte, seinem Lehrer Waldeyer das Buch zu widmen. Die subjektive Färbung des Werkes macht dasselbe zu einer erquicklichen Lektüre.

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W 30



Das bevorzugte **Kräftigungsmittel**
(Kein Kunstprodukt)

Aerztlich empfohlen bei:
Blutarmut, Bleichsucht, Unterernährung sowie allgemeinem Kräftezerfall.

BIO-STAHL mit Kakao

Hervorragendes Nährmittel für Kinder.

Muster auf Wunsch.

Dr. W. STAHL
Chem. Laboratorium, Freiburg i. Br.

Dr. **Ernst Fränkel** (Heidelberg): **Untersuchungen mit der Flockungsreaktion nach Sachs-Georgi.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 37.)

Auch die Untersuchungsergebnisse des Verfassers bestätigen die Brauchbarkeit der neuen Reaktion. Bei 277 Fällen fielen die Reaktionen nach Wassermann und Sachs-Georgi übereinstimmend aus, 12 mal waren sie verschieden. Einen Vorzug der neuen Reaktion gegenüber der Wa.-R. bedeutet es, daß weder Hammelblut noch Meerschweinchenserum benötigt werden. Da die Extrakte sich als recht konstant erweisen, ist auch die längere Verwendung gut eingestellter Extrakte möglich.

Prof. **C. Bruhns** und Dr. **Löwenberg** (Charlottenburg): **Ueber Silbersalvarsannatrium und die Dosierung des Salvarsans nebst Mitteilung eines Falles von Encephalitis haemorrgica nach Neosalvarsan.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 39—40.)

Die Verfasser berichten zunächst über ihre Erfahrungen mit Silbersalvarsan, welches sie bei 107 Kranken angewendet haben (im ganzen etwa 950 Injektionen). Was die Dosierung anlangt so wurde bei Männern 1 mal 0,1, 5 mal 0,2, 6 mal 0,25 gegeben bei Frauen 4 mal 0,15, 4 mal 0,2, 4 mal 0,25. Die Lösung geschah in 10 ccm 0,4 proz. steriler Kochsalzlösung, danach weitere Verdünnung mit frisch destilliertem Wasser. 0,1 Silbersalvarsan wurden in 20 ccm, 0,15 und 0,2 in 30 ccm, 0,25 in 40 ccm Flüssigkeit gelöst. Die Einspritzung in die Vene muß recht langsam erfolgen. Ueber die Behandlungsergebnisse geben die Verfasser folgendes an: Die klinische Rückbildung trat teilweise schneller ein, als bei der bisher üblichen Kur mit Neosalvarsan und Hg. Der Erfolg hinsichtlich der Wassermann'schen Reaktion war sehr gut, von 55 bis zu Ende beobachteten Fällen mit frischer Lues wurde die vorher stark positive Reaktion 49 mal negativ. Die Einwirkung auf die Spirochäten war sehr gut; häufig waren die Spirochäten schon am Tage nach der ersten Injektion von 0,1 oder 0,15 verschwunden. Nebenwirkungen, besonders Exantheme, sowie Ikterus wurden verhältnismäßig häufig gesehen. Sämtliche Nebenerscheinungen gingen glatt zurück, nach Ablauf der Exantheme konnte Silbersalvarsan meist weiter gegeben werden. Die Exantheme traten immer erst nach wiederholter Einspritzung auf (kumulative Wirkung). Um sie möglichst zu vermeiden, werden die Injektionen jetzt in 5 tägigen Intervallen gemacht; voraussichtlich dürfte eine Gesamtdosis von 1,8 g (statt 2,4—2,6 g) genügen. — Die Verfasser berichten dann noch über einen Fall von Encephalitis haemorrhagica, den ersten, den sie auf ihrer Abteilung nach fast neunjähriger Salvarsananwendung beobachteten. Es handelte sich um eine 26 jährige Frau mit spätsekundären Erscheinungen bei einer 8 Jahre zurückliegenden Infektion. Die Kranke wurde kombiniert mit Hg. salicyl. und Neosalvarsan behandelt. Sie erhielt zuerst 0,15 Neosalvarsan, 3 Tage darauf 0,3, nach weiteren 7 Tagen 0,45 Neosalvarsan. 2 Tage nach der dritten Einspritzung traten die ersten Symptome der Encephalitis auf, welcher sie nach weiteren 2 Tagen, trotzdem die Trepanation vorgenommen wurde, erlag. Die Verfasser empfehlen zur Verhütung einer Encephalitis kleinere Dosen mit größeren Zwischenzeiten anzuwenden. Wird Neosalvarsan gegeben, so soll man nicht über 0,45 geben; zwischen der ersten und zweiten Einspritzung lege man 10 Tage, zwischen späteren Einspritzungen 7—10 Tage. Ev. würde sich auch bei sekundärer Syphilis zwischen 2 Hauptkuren eine permanente Behandlung (0,45 g Neosalvarsan alle 3—4 Wochen) empfehlen.

Dr. **Edmund Lekisch** (Wien): **Ueber Modenol.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 39.)

Modenol ist ein von den deutschen Firmen Merck, Boehringer und Knoll in den Handel gebrachtes Ersatzpräparat für das früher viel gebrauchte französische Präparat Enesol (salizyl-arsensaures Quecksilber). Modenol enthält 0,4 Proz. Hydrargyr. und 0,6 Proz. Arsen und kommt in sterilen Ampullen zu 2 ccm Inhalt in den Handel. Verfasser prüfte Modenol an 30 Kranken auf seine Brauchbarkeit: die Kranken bekamen intramuskuläre Einspritzungen von 2 ccm Modenol, und zwar jeden zweiten Tag. Eine Kur umfaßte 24 Einspritzungen. Dabei erwies sich Modenol als ein unschädliches, mildes, dabei wirksames Antisyphiliticum, welches auch von geschwächten (anämischen, lungenkranken usw.) Personen vertragen wird, welche die sonst üblichen Hg-Injektionen nicht vertragen. Meist trat unter Modenolanwendung Zunahme des Hämoglobingehalts des Blutes, vielfach auch erhebliche Körpergewichtsvermehrung ein.

Dr. **O. Schiffner** (Wien): **Ueber Strychninanwendung bei Kreislaufschwäche.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 39.)

Uebereinstimmend mit einer Anzahl neuerer Veröffentlichungen wird in vorliegender Arbeit ausgeführt, daß wir in Strychnin ein prompt wirkendes Vasomotorenmittel besitzen, dessen Anwendung besonders bei Kreislaufstörungen infolge Gefäßlähmung indiziert ist, so beim Operationsschock, beim Vergiftungskollaps und bei der Kreislaufschwäche im Verlauf akuter Infektionskrankheiten, speziell bei Pneumonien, wo die gleichzeitige Wirkung auf die Atmung und die Herabsetzung der Schmerzperzeption als erwünschte Nebenwirkung in Erscheinung treten. Wegen der rasch eintretenden, intensiven, von keiner Schädigung begleiteten Wirkung verdient das Strychnin weitestgehende Anwendung. Verfasser empfiehlt das Strychnin subkutan oder intravenös anzuwenden. Als Tagesdosis sind im allgemeinen 3—4 mg ausreichend. Sehr bewährte sich in Fällen akuter Kreislaufschwäche die Kombination von Strophanthin (0,5 mg) mit Strychnin (3 mg) sowohl in intravenöser wie auch in intramuskulärer Injektion.

Dr. **Cl. Grimme** (Hamburg): **Ueber Capsella Bursa pastoris als Hämostypticum.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 39.)

Seitdem infolge des Weltkriegs das Sekale cornutum und Hydrastis, die aus dem Ausland eingeführt werden, knapp geworden sind, ist seit einigen Jahren wieder die Capsella bursa pastoris, das Hirtentäschelkraut, als Hämostypticum in Aufnahme gekommen, dessen blutstillende Wirkung schon vor 400 Jahren den Aerzten bekannt war. Aus der Droge bereitete Fluidextrakte, die von einer Anzahl pharmazeutischer Firmen hergestellt werden, wurden mit Erfolg als Sekaleersatz in der geburtshilflich-gynäkologischen Therapie, sowie auch bei Lungenblutungen verwendet. Die Dosis beträgt 3 mal täglich 15—30 Tropfen. Wie die von Verfasser vorgenommene Analyse einiger von verschiedenen Firmen hergestellter Fluidextrakte der Bursa pastoris ergab, weichen die einzelnen Präparate hinsichtlich ihres Extrakt- und Aschegehalts voneinander ab. Dasselbe gilt von dem Gehalt an Bursasäure. Am hochwertigsten erwies sich ein von der Firma E. Tosse & Co., Hamburg, unter dem Namen Styptural. liquid hergestelltes Fluidextrakt.

Dr. **Anton Maria Marx** (Prag): **Ein Fall von akuter tödlicher Formalinvergiftung.** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 37.)

Eine 27 jährige Frau trank in selbstmörderischer Absicht etwa $^1/_8$ Liter einer Formalinlösung und starb am Abend des dritten Tages. Die Hauptsymptome waren hochgradige Dyspnoë, Cyanose des Gesichts und der Hände, sehr frequenter, kaum fühlbarer Puls. Die Sektion ergab vor allem eine schwere Nekrose der Magenschleimhaut, daneben fand sich eine Degeneration der Leber, sowie parenchymatöse Degeneration der Nieren mit fleckweiser Nekrose der Epithelzellen der Harnkanälchen, insbesondere im Bereich der Markstrahlen. In vita war die Diurese nicht gestört, auch wurde der Urin frei von Eiweiß und Zucker befunden. In anderen Fällen von Formalinvergiftung wurde Anurie beobachtet. Eine blutschädigende Wirkung des Formalins wurde im vorliegenden Fall nicht festgestellt.

Dr. **G. Joerdens** (Dresden): **Beitrag zur Frage der traumatischen Apoplexie.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 38.)

Verfasser berichtet über zwei für die Unfallbegutachtung lehrreiche Fälle. 1. Ein 15 jähriger Lehrling stürzt 4 m hoch herab und schlägt mit dem Kopf auf. Es tritt keine Bewußtlosigkeit auf, jedoch mehrmaliges Erbrechen. Sofort nach dem Sturz ist der linke Arm und das linke Bein gelähmt. 3 Tage nach dem Unfall Aufnahme in das Krankenhaus, wo im wesentlichen nur eine schlaffe Lähmung des linken Armes und Beines festgestellt wird. Augenhintergrund beiderseits normal. Nach zwei Tagen, also 5 Tage nach dem Unfall, tritt plötzlich Bewußtlosigkeit, Zyanose, Cheyne-Stokes'sches Atmen ein, nach einer Stunde exitus. Die Sektion ergab in den weichen Schädeldecken an der Unterseite punktförmige Blutaustritte, Schädel unverletzt, sehr dünn. Blutung in den Siebbeinzellen. Hirnhäute und Sinus normal. In der rechten Seite des Großhirns ausgedehnter Blutungsherd, in der hinteren Hälfte des Ventrikels und des umliegenden Gewebes gelegen bis in den Balken hinein, Wandung erweicht, im Balken punktförmige Blutungen. — 2. Ein 27 jähriger Kanonier war von einem Wagen gestürzt und wurde bewußtlos ins Lazarett eingeliefert, wo er, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben, nach 12 Stunden starb. Bei der Sektion fand sich rechts eni etwa handtellergroßer Bluterguß in den weichen Schädeldecken, knöchernes Schädeldach und Schädelbasis völlig intakt, ebenso die harte Hirnhaut. In den Maschen der weichen Häute über der rechten Hemisphäre eine geringe Menge flüssigen Blutes. Die Gehirnventrikel enthalten etwas sanguino'ente Flüssigkeit. In der rechten Hemisphäre dicht außerhalb der großen Nervenknoten eine überhühnereigroße, mit geronnenem Blut gefüllte scharf abgegrenzte Höhle mit etwas zerfetzten Wänden. — Die beiden Fälle haben das Gemeinsame, daß im Anschluß an ein Kopftrauma ohne Verletzung des Schädels und der harten Hirnhaut eine Zerreißung eines Blutgefäßes in der Tiefe des Gehirns bei völlig gesunden jüngeren Individuen eintrat.

III. Bücherschau.

Kriegsbeschädigung und strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit. Von Prof. Dr. **Martin Reichardt** (Würzburg). Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin, Bd. 19, Heft 6/9. Leipzig und Würzburg 1919. Verlag von Curt Kabitzsch. 88 S. 4,80 M.

Gegenstand der vorliegenden Abhandlung ist die Erörterung der Frage, ob und inwieweit Kriegsbeschädigungen, die Kriegsteilnehmer erlitten haben, ihre Zurechnungs- und Verhandlungsfähigkeit ausschließen. Es kann sich dabei nur um solche Kriegsbeschädigungen handeln, welche ihrer Natur nach geeignet sind, die Intelligenz, das Gefühlsleben und die Willenstätigkeit zu beeinflussen. Vor allem gehören hierher die Hirnschüsse und sonstigen Hirnverletzungen mit ihren Folgezuständen; an zweiter Stelle kommen die funktionellen seelisch-nervösen Störungen und die Psychopathien in Frage, eng zusammen hängt damit die Frage der Simulation und Hysterie. Der Verfasser behandelt sein Thema auf breiterer Grundlage als aus dem Titel ersichtlich; die Arbeit bringt im wesentlichen den Inhalt von drei vor einem aus Aerzten und Juristen bestehenden Auditorium gehaltenen Vorträgen; deswegen ist die Darstellung möglichst allgemeinverständlich gehalten und bespricht einleitend auch solche Gegenstände, welche den Aerzten bekannt sind oder bekannt sein sollten, wie die Lehre von der Hirnlokalisation, das Wesen der Psychoneurosen und Psychopathien usw. In bezug auf sein eigentliches Thema kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß Kriegsbeschädigungen für die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit so gut wie keine Bedeutung haben. Denn die schwer organisch Hirnverletzten werden im allgemeinen nicht kriminell werden; die Psychopathen und Degenerierten, welche kriminell werden, sind gewöhnlich nicht hirnverletzt, überhaupt nicht kriegsbeschädigt im engeren Sinne; bei ihnen hat die vom Kriege unabhängige Veranlagung die abnorme Geistesbeschaffenheit hervorgerufen. Das Gleiche gilt von den sogenannten Kriegshysterikern. — Die auf ein reiches Beobachtungsmaterial sich stützende, lebendig, stellenweise temperamentvoll geschriebene Arbeit verdient wegen ihrer durchaus selbständigen Stellungnahme zu allen behandelten Fragen Beachtung in weiteren Kreisen. R. L.

IV. Zum Friedmann'schen Tuberkulosemittel.

Herr Prof. Dr. Fr. F. Friedmann bittet uns unter Bezugnahme auf den in Nr. 8 S. 31—32 veröffentlichten Bericht um Aufnahme nachstehender

Erklärung.

„Es ist unwahr, daß das Friedmann'sche Mittel jemals einer kleinen auserlesenen Gruppe von Aerzten in die Hand gegeben sei. Wahr ist vielmehr, daß das Mittel seit Jahren allen Aerzten des In- und Auslandes zur Verfügung gestellt war und zur Verfügung gestellt wird, die sich zur Befolgung der auf Grund vieljähriger Erfahrungen an tausenden von Fällen aufgestellten Leitlinien verpflichten, ohne deren Innehaltung keine Dauerheilungen erzielt werden.

Das Mittel war und ist also Gemeingut aller derjenigen Aerzte, denen es um die richtige Anwendung und somit um die wirkliche Heilung ihrer Kranken zu tun ist. Tatsächlich wird das Mittel in größtem Umfange angewendet.

In der Befolgung des Grundsatzes, das Mittel nicht gewissenlos und wahllos auf die Menschheit loszulassen, habe ich mich Gott sei Dank weder durch fortgesetzte Verleumdungen noch durch Nachahmungspräparate, deren schädliche Wirkungen nicht ausbleiben werden, irre machen lassen.

Friedmann."

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Zeitungsnachrichten zufolge wird der Deutschen Nationalversammlung in den nächsten Wochen der Entwurf einer Novelle zur Reichsversicherungsordnung unterbreitet werden. Die Novelle soll die Einkommensgrenzen für die Pflichtversicherung bei den einzelnen Zweigen der Reichsversicherung erweitern und den Teuerungsverhältnissen entsprechend die Beiträge und die Leistungen erhöhen. Auch die preußische Landesversammlung nahm einen demokratischen Antrag auf Neuordnung der Reichsversicherungsordnung an. In der Aussprache wurde u. a. eine Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die Beamten und den Mittelstand gefordert. — Die ärztlichen Standesvertretungen und Berufsvereine werden gut daran tun, rechtzeitig zu diesen Fragen Stellung zu nehmen und die ärztlichen Interessen dabei nachdrücklich zu vertreten. Jetzt ist die beste Gelegenheit gegeben, die gleicherweise den Versicherten wie den Aerzten zugute kommende organisierte freie Arztwahl durchzusetzen. Denn wenn mit der Erhöhung der Beiträge voraussichtlich auch die Bezahlung der ärztlichen Leistungen eine entsprechende Erhöhung erfährt, so werden sich die Versicherten dafür bedanken, sich wie bisher in überfüllten Kassensprechstunden „verarzten" zu lassen, eine sorgfältige individuelle Behandlung ist aber nur möglich, wenn alle dazu bereiten Aerzte zu den Krankenkassen zugelassen werden. Andererseits bedingt die fortdauernde Erweiterung der Versicherungspflicht auf immer breitere Volksschichten eine derartige Einschränkung der freien Privatpraxis, daß die bisher von den Krankenkassen ausgeschlossenen Aerzte einfach zugrunde gehen würden, wenn die Einführung der organisierten freien Arztwahl wieder hintertrieben und die bisherigen Kassenärzte ihre monopolisierte Stellung behalten würden. Die jetzt geltenden Abmachungen zwischen den Vertretungen der Aerzte und Krankenkassen (das Groß-Berliner Abkommen und das sogenannte Berliner Reichsabkommen) werden unseres Erachtens durch eine Neuordnung der Reichsversicherungsordnung eo ipso ungültig, weil sie die bisherige Reichsversicherungsordnung zur Voraussetzung haben.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Der Kongreß für innere Medizin wird in diesem Jahre vom 20.—23. April in Dresden unter dem Vorsitz von Prof. Minkowski (Breslau) tagen. — Die zweite Tagung für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten wird unter dem Vorsitz von Prof. J. Boas (Berlin) vom 27.—29. Mai d. J. in Bad Homburg v. d. H. stattfinden. Die mit diesen Tagungen in Verbindung stehende J.-Boas-Stiftung hat folgende Preisaufgabe gestellt: Ueber den Einfluß des Kauaktes auf die Magensaftsekretion bei Gesunden und Magenkranken. [Preis 1000 Mk.; Einreichungsfrist bis 31. Dezember 1920. Nährere Auskunft durch Prof. J. Boas (Berlin) oder Dr. Curt Pariser (Homburg v. d. H.)]. — Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 27. und 28. Mai d. J. in Hamburg stattfinden. — Die Vereinigung der Krankenhaus-Aerzte Deutschlands wird nach Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin in der Osterwoche eine Sitzung abhalten.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Breslau. Privatdozent Prof. Dr. Hannes hat einen Lehrauftrag für geburtshilfliche Propädeutik erhalten.

Leipzig. Professor Dr. phil. et med. Max Siegfried Direktor der chemischen Abteilung des physiologischen Instituts, ist im fast vollendeten 56. Lebensjahr gestorben.

Freiburg i. B. Dr. Emil v. Skramlik hat sich für Physiologie habilitiert.

Wien. Prof. Ernst Wertheim, dessen Tod schon mitgeteilt wurde, starb an einer septischen, als Folge einer Grippe-Infektion aufgetretenen Embolie. Er war 1864 in Graz als Sohn des Chemikers Prof. Wertheim geboren, hatte in seiner Vaterstadt studiert und sich zunächst unter Klemensiewicz in der allgemeinen Pathologie und Bakteriologie ausgebildet. In der Frauenheilkunde waren Chrobak und Schauta seine Lehrer, als des letzteren Assistent habilitierte er sich 1892 in Wien, erhielt 1899 den Professortitel und wurde 1910 als Nachfolger von Rosthorn Ordinarius und Direktor der zweiten Frauenklinik in Wien. Seine ersten grundlegenden Arbeiten hatten die Züchtung des Gonokokkus und die durch denselben verursachten Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane zum Gegenstand. Seine späteren Arbeiten lagen auf dem Gebiet der operativen Gynäkologie, am meisten bekannt wurde er durch seine Methode der Exstirpation des carcinomatösen Uterus. — Die Leitung der zweiten Universitäts-frauenklinik wurde vorläufig Prof. Dr. Wilhelm Weibel übertragen.

Montreal. Die medizinische Fakultät der Mc-Gill-Universität hat von John D. Rockefeller eine Stiftung von 5 Millionen Dollar zur Förderung des Medizinstudiums in Kanada erhalten.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 13. März 1920 | No. 11

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

89. Jahrgang **Berlin, 13. März 1920** **No. 11**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Nirvanol in der Praxis.

Von Dr. E. Pöllmann,
Oberarzt in der Irrenanstalt in Weilmünster.

Seit etwa 3 Jahren habe ich das von der Firma Heyden in den Handel gebrachte Schlafmittel Nirvanol in vielen Fällen von der einfachen Schlaflosigkeit „Nervöser" oder körperlich Kranker an bis zu den heftigsten Erregungszuständen epileptischer oder manischer Patienten in Anwendung gebracht. Durchweg war ich mit der Wirkung sehr zufrieden. Sie trat prompt ein; nach Gaben von 0,5 bis 1,5 g pro die stellte sich Schlaf bezw. Ruhe ein.

Bei Schlafmangel nervöser Leute, oder bei Fällen von Schlafstörung infolge von arteriosklerotischen Beschwerden genügte abends 0,5 g kurz vor dem Schlafengehen, um einen etwa 7—8 stündigen Schlaf zu erzeugen.

Mehrfach verwandte ich Nirvanol bei Fällen von Dementia praecox, die infolge heftiger Sinnestäuschungen sehr unruhig waren. Stets ließen die Halluzinationen nach, und fast immer hatte der gequälte Kranke für einige Stunden Ruhe.

Besonders gute Wirkung zeigte sich bei einer Epileptischen mit mehrtägigen wüsten Erregungszuständen, die sich in der übelsten Verstimmung unter heftiger Schimpferei äußerten. Hier genügte morgens ein Gramm Nirvanol, um die Kranke zum Schlaf zu bringen. Abends wurde öfters dann noch einmal ein halbes Gramm gegeben, und die Epileptikerin war für die nächsten 24 Stunden sicher ruhig.

Im allgemeinen kann gesagt werden, daß die Wirkung des Nirvanol sich viel rascher einstellt wie bei Sulfonal oder Trional und auch meines Erachtens nachhaltiger ist.

Dies ist bei der Behandlung unruhiger Geisteskranker ganz angenehm, nicht aber bei schlaflosen Leuten, die des Tages über gar ihrem Beruf nachgehen. Hier möchte ich nicht raten, mehr als 0,5 g zu verordnen, denn in einigen Fällen klagten diese Leute, daß sie sich am anderen Tag zerschlagen fühlten. Dagegen kenne ich einen Kollegen, der auf meinen Rat Nirvanol ab und zu nahm und sich stets darüber freute, daß er vorzüglich darauf schlafe und am anderen Morgen sich frisch und wirklich erquickt fühle.

Erwähnen möchte ich noch einen Fall. Es handelt sich um eine Privatpatientin vom Lande. Dieselbe hat vor etwa 20 Jahren einen etwa ½jährigen Depressionszustand erlitten. In der Folgezeit war sie geistig völlig normal. Durch die körperlichen Anstrengungen während des Krieges, die Sorgen um die Söhne im Felde und schließlich die tiefe Trauer um den gefallenen Lieblingssohn wohl ausgelöst, trat bei der sich auch noch in dem für das psychische Befinden einer Frau so gefährlichen Klimakterium befindlichen Frau ein heftiger nun schon über ein Jahr andauernder Depressionszustand ein. Während die Kranke am Tage sich beherrscht, ist nachts ihre Willenskraft völlig entwertet. Sie schläft wohl abends einige Stunden ein, aber danach lassen ihr ihre Selbstvorwürfe, Versündigungsideen wohl auch Halluzinationen keine Ruhe. Sie verläßt das Bett, geht unruhig jammernd im Hause umher, spricht auch Suizidgedanken aus. In der letzten Zeit stellte sich auch Reizbarkeit und Streitsucht ein (Uebergang zu einer manischen Phase?). Trotz dringenden Anratens, daß die Kranke in eine Anstalt gebracht werde, können sich die Angehörigen nicht dazu entschließen. Hier wurde nun schon über ein halbes Jahr wöchentlich 2—3 mal abends eine Tablette Nirvanol zu 0,5 g in einer Tasse warmen Tees, manchmal auch in einem Gläschen Wein, gegeben. Da das Mittel ziemlich geschmacklos ist, wurde es der Frau ohne ihr Wissen gereicht; noch jedesmal hat sie die ganze Nacht dann durchgeschlafen. Eine Angewöhnung hat sich bis jetzt nicht eingestellt.

Zum Schlusse möchte ich noch einige andere Fälle erwähnen. Bei einem 13 jährigen Jungen, welcher mehrere Monate an einer Endocarditis bei einer Streptokokkeninfektion litt und infolge des dauernden hohen Fiebers, der Herzpalpitation und des quälenden Hustens (die rechte Lunge zeigte septische Prozesse) arg heruntergekommen war, verordnete ich 0,25 g Nirvanol 2—3 mal täglich, um dadurch die Klagen über das dauernde Herzklopfen zu beschwichtigen. Der kleine Patient hatte aber keine Linderung der Beschwerden und verlangte immer mehr nach dem für kurze Zeit entfernten Eisbeutel. 0,5 g einigemale abends ihm gegeben, um Schlaf zu erzeugen, bewirkte nur mäßige dämmerige Ruhe.

In der Praxis kann eine einmalige Dosis am Abend von etwa 0,5 bis 1,0 g unbedenklich gegeben werden. In fast allen Fällen genügt 0,5 g gegen Schlaflosigkeit, bei Erregungszuständen wird wohl 1,0 g schon das gewünschte Resultat erzielen.

II. Referate.

Dr. **Alfons Winkler** (Lungenheilstätte Enzenbach, Steiermark): **Zur Saccharose-Behandlung der Lungentuberkulose.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 40.)

Dr. **Eduard Ladek** (Heilstätte Hörgas, Steiermark): **Behandlung der Tuberkulose mit Saccharoseinjektionen.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 40.)

Vor etwa 1½ Jahren wurden in französischen Zeitungen Einspritzungen von Rohrzucker als neuestes Heilmittel bei Tuberkulose angepriesen. Die Behandlung besteht einfach in intramuskulären Injektionen hochprozentiger Rohrzuckerlösung (5—10 ccm). Beide Autoren prüften an einer Anzahl von an Lungentuberkulose leidenden Kranken diese Behandlungsmethode nach, konnten aber keinerlei Heilwirkung

feststellen. Nur subjektive Besserungen wurden in einigen Fällen beobachtet, ferner eine Verminderung des Auswurfs und Erleichterung der Expektoration, der Bazillengehalt blieb in allen Fällen fast ungeändert. Trotz Novokainzusatz sind die Einspritzungen schmerzhaft. In der Mehrzahl der Fälle traten Temperatursteigerungen und Nachtschweiße nach den Einspritzungen auf.

San.-Rat Dr. **W. Bloch** (Cöln a. Rh.): **Drei Fälle von Peritonitis tuberculosa, geheilt durch Dr. F. F. Friedmann's Heilmittel.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 40.)

Verfasser berichtet über 3 Fälle von Peritonitis tuberculosa bei Knaben im Alter von 2 bezw. 5 Jahren, bei denen er das Friedmann'sche Mittel intraglutäal zur Anwendung brachte. Alle 3 Fälle können klinisch als geheilt gelten. Das erste Kind bekam schon im März 1914 die Einspritzung; Verfasser konnte 5 Jahre später feststellen, daß das Kind völlig gesund geblieben ist.

Dr. **Egon Weiser** (Prag): **Ueber ein neues Symptom bei Tricuspidalinsufficienz (Ophthalmus pulsaus).** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 40.)

In einem Fall von Tricuspidalinsufficienz nach Gelenkrheumatismus mit schwerer Dekompensation des Herzens bei einer 43jährigen Frau beobachtete Verfasser ein bisher noch nicht beschriebenes Symptom, bestehend in einer Pulsation beider Augäpfel, d. h. ein entsprechend der Pulsfrequenz periodisches Vor- und Zurücktreten beider Bulbi, ohne daß Exophthalmus besteht. Die Erscheinung ist bedingt durch ein Rückströmen des Blutes aus dem rechten Herzen in das Venensystem infolge Schlußunfähigkeit der Tricuspidalklappen: mit jeder Systole wird ein Teil des Inhalts der rechten Kammer durch den Vorhof hindurch in die Vena jugularis geworfen und gelangt durch dieselbe bis in den Sinus cavernosus und weiterhin in die zuführenden Orbitalvenen. Nach vorübergehender Beseitigung der Dekompensation und Stauung durch Digitalis verschwand auch die Pulsation der Augäpfel. Verfasser beobachtete inzwischen das gleiche Symptom bei einem zweiten Fall von — relativer — Tricuspidalinsufficienz.

Prof. Dr. **Th. Brugsch** und Dr. **K. Dresel** (Berlin): **Renale hereditäre Glykosurie (sogenannter renaler Diabetes).** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 39.)

Die Verfasser hatten Gelegenheit, eine Familie eine Reihe von Jahren hindurch zu beobachten, in welcher ein gutartiger Diabetes oder richtiger eine gutartige Glykosurie als eigentümliche Anomalie häufig ist. Unter den 55 Deszendenten von 2 Brüdern in 3 Generationen fanden sich mindestens 13 mit Diabetes oder Glykosurie. Die spezielle Beobachtung betraf einen Vater und dessen 3 Töchter im Alter von 17, 15 und 7 Jahren. Bei dem Vater besteht seit etwa 19 Jahren eine Glykosurie zwischen 0,1 und 1,1 Proz., unabhängig von der Art der Nahrung, auch bei den Töchtern handelt es sich um mäßige Zuckerausscheidung, 0,4—0,7 Prozent; die Gesamtausscheidung beträgt in keinem Fall mehr als 10 g für den Tag und ist ebenfalls unabhängig von der Nahrungsaufnahme; der Blutzuckergehalt liegt um 0,08 Proz., ist also normal und wird durch Kohlehydratzugabe nicht gesteigert. Bei sämtlichen Personen besteht die geringe Zuckerausscheidung jahrelang, ohne die geringste Verschlimmerung. Es handelt sich hier offenbar um eine hereditäre renale Glykosurie, die mit dem eigentlichen Diabetes nichts zu tun hat. Von den 4 Töchtern des Vaters ist nur eine zuckerfrei.

Dr. **Tuszewski** (Berlin-Reinickendorf): **Ueber Vergiftung mit falschem Bittermandelöl** (Nitrobenzol). (Therapie der Gegenwart, September 1919.)

Verfasser berichtet über 3 Fälle von Vergiftung mit Nitrobenzol, die durch Genuß einer von einem Straßenhändler in Berlin verkauften sogen. Bittermandelessenz entstanden waren. Es handelte sich um einen 40jährigen Mann, dessen 16jährige Tochter und 13jährigen Sohn. Alle drei Personen hatten nur einige Tropfen von der Flüssigkeit genommen. Bei dem Vater verlief die Vergiftung leicht, so daß Krankenhausbehandlung nicht notwendig war. Die Tochter wurde etwa 4 Stunden nach Aufnahme des Giftes bewußtlos und starb nach 22 Stunden, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben. Der Knabe, der etwa 3 Stunden nach Aufnahme des Giftes das Bewußtsein verlor, konnte durch Krankenhausbehandlung gerettet werden. Die Therapie bestand in Coffeïn und Kampfer, Aderlaß, intravenöser Kochsalzinfusion, Sauerstoffinhalation. Durch Untersuchung des Urins der beiden Kinder wurde der Nachweis der Nitrobenzolvergiftung geführt; die Untersuchung des Restes der vergiftenden Flüssigkeit ergab, daß diese fast aus reinem Nitrobenzol (Mirbanöl) bestand. Verfasser bespricht dann noch die Symptome der Nitrobenzolvergiftung. Das Gift kann sowohl durch den Magendarmkanal, wie durch die Lungen und die äußere Haut aufgenommen werden. Nitrobenzol verursacht schwere Schädigungen des Blutes, des Nervensystems und der inneren Organe.

Fritz Soherr (Wien): **Ueber die Verwendung des Cykloform in der laryngorhinologischen Praxis.** (Wiener med. Wochenschrift 1919, Nr. 40.)

Nach den Erfahrungen des Verfassers ist Cykloform, der Isobutylester der p-Amidobenzoësäure, ein ungiftiges, den Wundheilprozeß günstig beeinflussendes, sicher wirkendes Anästheticum. In der laryngologischen Therapie bewährte es sich, in Pulverform eingeblasen, besonders zur Bekämpfung der Schmerzen bei der ulcerösen Kehlkopftuberkulose, ferner bei tuberkulösen Geschwüren des weichen Gaumens und der hinteren Rachenwand. Ist die ambulatorische Behandlung durch den Arzt nicht möglich, so kann man auch Cykloform mit wenig Wasser zu einem Brei anrühren und diesen Brei schlucken lassen. Ferner ist Cykloform angezeigt zur Milderung der hochgradigen Schluckbeschwerden bei bösartigen Neubildungen der Zunge und des Rachens, sowie zur Linderung der Schmerzen nach Tonsillektomien.

Dr. **J. Cornides** (Wien): **Ueber Cykloform.** (Wiener med. Wochenschrift 1919, Nr. 40.)

Das Cykloform verdient nach Verfasser auch in der Chirurgie Anwendung. Es lindert den Wundschmerz nach Verletzungen und Operationen. Sehr bewährte es sich in Salbenform nach der Spaltung der Fistula ani, ferner zur Bekämpfung des Nachschmerzes nach Hämorrhoidaloperationen. Andere Autoren haben Cykloform als Pulver oder in 5—10 proz. Salbe und Paste bei Verbrennungen und Beingeschwüren mit Erfolg verwendet, worüber Verfasser selbst keine Erfahrungen besitzt. Die Cykloformpaste enthält übrigens zur Erhöhung der vasokonstriktorischen Wirkung einen Zusatz von Hamamelisextrakt.

Dr. **Marcus Maier** (Stuttgart): **Behandlung von Staphylokokkenerkrankungen mit übermangansaurem Kali.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 39.)

Nach dem Vorgang von W e d e r h a k e wandte Verfasser das Kal. permang. bei Staphylokokkenerkrankungen, insbesondere bei der Behandlung von Furunkeln an, nachdem er sich vorher durch Versuche überzeugt hatte, daß stärkere Lösungen von Kal. permang. Staphylokokken nach einer Einwirkung von 5—10 Minuten abtöten. Verfasser wendet eine 10 proz. Aufschwemmung an (Kal. permang. ist nur bis 6 : 100 in Wasser löslich). Mit einer Pinzette wird die gelbe Kuppe des Furunkels oder der Schorf abgehoben; die etwa vorhandene Eiterhöhle wird mit einem in obiger Lösung getauchten Wattebäuschchen ausgepinselt, so daß gleichzeitig der Eiter mechanisch herausbefördert wird. Die Umgebung wird ebenfalls mit der Lösung gepinselt. Ist eine Höhle vorhanden, so wird dann ein in die Lösung getauchter Streifen in die Höhle eingelegt, ist die Erkrankung mehr flächenhaft, so wird ein in die Lösung getauchter Tupfer aufgelegt, darüber Zellstoff und Fixation. An den Extremitäten unterstützt die B i e r 'sche Stauung die $KMnO_4$-Wirkung. Täglicher Verbandwechsel. Ist die Eiterabsonderung zum Stillstand gekommen, so wird die Behandlung mit einem Salbenverband (Quecksilbersalbe, Schwarzsalbe, Zink- oder Borsalbe) abgeschlossen. Schädigungen durch die $KMnO_4$-Lösung beobachtete Verfasser in keinem Falle.

Dr. **Ernst Paul**: **Ein Fall von doppelseitiger habitueller Kniescheibenluxation nach Trauma.** (Wiener med. Wochenschrift 1919, Nr. 40.)

Ein junger Soldat erlitt ein schweres Trauma, er wurde als Kutscher von seinen durchgehenden Pferden vom Wagen gerissen und etwa 50 m auf der hart gefrorenen Straße geschleift. Beide Kniegelenke und Unterschenkel waren zunächst stark geschwollen und zeigten ausgedehnte Hautverletzungen. Nach der Heilung konnte der Verletzte zunächst nur mit Hilfe eines Stockes gehen und bemerkte, daß die früher in der Mitte sitzenden Kniescheiben bei der Beugung der Unterschenkel seitlich abwichen. Jetzt, drei Jahre später, konnte Verfasser feststellen, daß bei jeder Beugung die Kniescheiben vollständig auf die Außenfläche des lateralen Kondylus abgleiten und bei der Streckung in ihre gewöhnliche Lage etwas seitlich gegenüber der normalen zurückgehen. Als Ursache sind ausgedehnte Zerreißungen der Kapsel und des Bandapparates des Kniegelenkes anzunehmen.

Dr. **Steiger** (Essen): **Der suprasymphysäre wagerechte Hautschnitt bei der Operation des doppelten Leistenbruches.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 40.)

Bei der Operation des doppelseitigen Leistenbruchs hält Verfasser das gewöhnliche Vorgehen (zweimalige Durchtrennung der Haut, auf jeder Seite gesondert) wegen der späteren Narbenverhältnisse für unzweckmäßig, er empfiehlt dafür einen einzigen suprasymphysären Hautschnitt. Der Schnitt

geht durch die ganze Dicke der Haut von einem Leistenring zum andern; der Samenstrang wird durch Abschieben des unteren Lappens durch Tupfer freigelegt. Die Aponeurose wird mit Schere oder Messer steil schräg nach oben und möglichst weit weg vom Leistenband durchtrennt. Weitere Operation genau nach Bassini. Die Technik ist leicht.

Prof. **F. Karewski** (Berlin): **Akute Perinephritis — eine häufige Quelle diagnostischer Irrtümer.** (Therapie der Gegenwart, September 1919).

Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Gruppe akuter eitriger perinephritischer Entzündungen, welche sehr leicht zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung geben, weil ihre Aetiologie zunächst dunkel ist, und weil ihr Symptomenbild die Verwechslung mit andersartigen Erkrankungen zuläßt. Diese perinephritischen Eiterungen entstehen auf metastatischem Wege nach kleinen lokalen Eiterungen, z. B. Furunkeln, Panaritien Drüsenabszessen, oder auch infolge von Mischinfektion nach Infektionskrankheiten. Verfasser führt als Beispiel vier Fälle von perinephritischen Eiterungen an, in denen er durch Operation Heilung erzielte. In einem dieser Fälle hatte sich die perinephritische Eiterung im Anschluß an eine gonorrhoische Infektion der Cervix entwickelt. Voraussetzung für die richtige Diagnose dieser perinephritischen Eiterungen ist eine sorgfältige Untersuchung des gesamten Körpers mit allen Hilfsmitteln. Differentialdiagnostisch kommt es hauptsächlich darauf an, Pneumonie, Pleuritis, Peritonitis auszuschließen.

Dr. **Bruno Harlsse** (München): **Ueber Rektalgonorrhöe.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 40.)

Verfasser untersuchte die Häufigkeit der Rektalgonorrhöe bei Frauen, die an Gonorrhöe der Harnröhre resp. der Cervix litten. Untersucht wurde das Sekret der Mastdarmschleimhaut einige Stunden nach der Stuhlentleerung; die Entnahme geschah nach gründlicher Reinigung der Umgebung (Sitzbad usw.) mittels eines Rektalspekulums. Bei 100 untersuchten Frauen stellte Verfasser 14 mal im Rektalsekret Gonokokken fest (Färbung nach Gram). Als Infektionsmodus kommen 4 Möglichkeiten in Betracht: 1. Ueberfließen des gonorrhoischen Genetalsekrets, 2. Coitus penorectalis. 3. Uebertragung auf mechanischem Wege (durch Finger, Irrigatoren u. dergl.). 4. Durchbruch eines Bartholini'schen Abzesses in das Rectum. Der Hauptinfektionsmodus ist nach Verfassers Beobachtungen starker Ausfluß, verbunden mit Unreinlichkeit, von den 14 positiven Fällen bestand bei 10 eine Cervicitis gonorrhoica mit starker Sekretion. Als objektive Veränderungen sah Verfasser Rötung und Schwellung der Rektalschleimhaut mit aufgelagertem, meist eitrigem Sekret, zuweilen in Form von Eiterpfropfen in den Follikelmündungen, in denen dann fast immer Gonokokken gefunden wurden; hier und da fanden sich leicht blutende Erosionen, tiefere Ulcerationen kamen nicht vor. Die subjektiven Symptome der Rektalgonorrhöe sind sehr geringfügig. Die Prognose quoad vitam ist gut, dagegen sind die Aussichten einer Dauerheilung sehr zweifelhaft. Die Behandlung besteht in Einläufen von Sol. Argent. nitric. 1:5000, oder in 2 proz. Kollargolklysmen.

Dr. **Edwin Gallus** (Bonn): **Behandlung der gonorrhoischen Augeneiterung der Neugeborenen mit Airol, eine einfache und zuverlässige Methode für den Praktiker.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 40.)

Zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum empfiehlt Verfasser ein ursprünglich von Bernheimer angegebenes Verfahren in vereinfachter Form. Nach gründlicher Reinigung der Augen werden beide Lider ektropioniert, und in dieser Lage wird mit Hilfe eines Glasspatels ein Häufchen Airol aufgeschüttet. Hat sich das Pulver in einen Brei verwandelt, so läßt man die Lider langsam in ihre Stellung zurückgehen. Die Behandlung wird täglich einmal in der Sprechstunde vorgenommen, die Eltern werden angewiesen, lediglich mit einem feuchten Wattebausch alles Sekret, welches sich in der Lidspalte zeigt, baldigst zu entfernen, die gebrauchten Tupfer sofort zu verbrennen und nach Berührung mit dem Kind die Hände sorgfältig zu reinigen. In den meisten Fällen werden bei dieser Behandlung die Augen bereits am dritten Behandlungstag spontan geöffnet, nach 4—5 Tagen haben Schwellung und Sekretion derart nachgelassen, daß die Behandlung meist schon einen Tag ausgesetzt werden kann; dann erfolgt die Behandlung noch seltener und nach 14 Tagen ist die Krankheit gewöhnlich abgelaufen. Eine Nachbehandlung mit Argent. nitric. ist nicht nötig. Beginnende Fälle konnten ausnahmslos durch einmalige Einbringung von Airol kupiert werden.

Dr. **Fritz M. Meyer** (Berlin): **Die kombinierte Physiko-Organotherapie der sexuellen Impotenz.** (Dermatolog. Wschr. 1919, Bd. 68 S. 227—229).

Verfasser unterscheidet drei Formen sexueller Impotenz beim Manne. 1. Diejenige Form, bei der sie unmittelbar oder mittelbar durch organische Krankheiten bedingt ist. 2. Die Impotenz, die im Anschluß an Exzesse in venere und an in übertriebener Weise ausgeführte Onanie auftritt und als Erschöpfungsimpotenz bezeichnet wird. 3. Die psychische Impotenz, die das große Heer der Fälle umfaßt, bei denen statt einer feststellbaren Ursache das psychogene Moment und die Neurasthenie das Bild beherrschen. Die in höherem Alter allmählich abnehmende Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr ist als physiologischer Zustand aufzufassen. Natürlich treten die genannten drei Formen nicht scharf getrennt, sondern in mannigfachen Uebergängen auf. Wo organische Krankheiten schuld sind, wird man sie zu beseitigen suchen; meist ist aber in diesen Fällen ein Erfolg nur recht schwer oder gar nicht zu erzielen; der Induratio penis plastica steht man ziemlich machtlos gegenüber, und bei Syphilis bleibt die Impotenz trotz spezifischer Behandlung oft bestehen. Besser sind die Aussichten bei den anderen Formen, wenn man sich nicht auf örtliche Behandlung beschränkt, sondern gleichzeitig eine Kräftigung des Allgemeinbefindens erstrebt. Außerdem verwendet Verfasser jetzt bei geeigneten Kranken neben künstlicher Höhensonne Elektrisierung der Genitalgegend durch Hochfrequenzströme, wozu noch die Organotherapie kommt. Dieselbe wird in der Weise ausgeführt, daß Organpräparate intraglutäal eingespritzt werden. Von den zahlreichen im Handel befindlichen hat sich in vorzüglicher Weise das Präparat der Chemischen Werke Grenzach, Testiglandol bewährt. Dasselbe ist ein steriler, schwachgelblich gefärbter Extrakt von Stierhoden. Eiweiß und Lipoide sind entfernt. 1 ccm entspricht 4 g frischer Drüse. Das Medikament wird gut vertragen; irgendwelche unangenehme Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet. Die mit dieser Therapie erzielten Erfolge sind recht zufriedenstellend. Natürlich kommen auch bei ihrer Anwendung Versager vor, was bei dem psychogenen Charakter der Erkrankung nicht wundernehmen kann. Auch eignet sich nicht jeder Fall für diese Behandlung, die langwierig und mit höheren Kosten verbunden ist. Trotzdem bleiben noch viele Fälle übrig, die eine günstige Beeinflussung erfahren können. Gerade bei älteren Männern, die eine Abnahme ihrer Potenz verspürten, hat die Kur gute Resultate gezeitigt. Nur ist viel Geduld und pünktliches Erscheinen von seiten des Kranken erforderlich. Es ist sehr wichtig, daß die Kur nicht unnötig unterbrochen wird. Wodurch der Heilerfolg im einzelnen zustande kommt, ist schwer zu entscheiden. Im ganzen sind die Erfolge so zufriedenstellend, daß Verfasser die Methode empfiehlt. F.

L. Seitz und **H. Wintz** (Erlangen): **Die ausschließliche Röntgenbestrahlung des Gebärmutterkrebses, der Röntgen-Wertheim.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 40.)

Die Verfasser berichten über die von ihnen erreichten bisherigen Ergebnisse bei der ausschließlichen Röntgenbehandlung des Uteruskarzinoms. Bei der von ihnen ausgearbeiteten Methode wird das zu bestrahlende Gebiet in 3 Zonen geteilt. Die erste Bestrahlung gilt der Zerstörung des Primärtumors, bei der zweiten und dritten Bestrahlung wird die Vernichtung der in den Parametrien und in den benachbarten Drüsen befindlichen Karzinomzellen angestrebt. Zwischen den einzelnen Bestrahlungen wird immer eine Pause von 6—8 Wochen eingeschoben. Unter 24 bisher nach dieser Methode bestrahlten Fällen gelang es 23 mal, das Karzinom zur Rückbildung zu bringen und die Kranken vorläufig klinisch zu heilen. Damit ist der Beweis erbracht, daß es möglich ist, mit Röntgenstrahlen nicht nur oberflächlich sitzende, sondern auch tief gelegene Karzinome zur Rückbildung zu bringen. Allerdings gehört dazu ein besonderes Instrumentarium und eine vollständige Beherrschung der Bestrahlungstechnik durch den Arzt, sowie sorgfältige Einstellung der einzelnen Bestrahlungsfelder auf Grund topographisch-anatomischer Erwägungen.

III. Bücherschau.

Die Bedeutung der Konstitution für krankhaftes Geschehen. Von Dr. **G. Graul** in Bad Neuenahr. (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin, Bd. 19, Heft 12.) 14 S. 1,20 M. Leipzig und Würzburg 1919. Verlag von Kurt Kabitzsch.

Die kleine Abhandlung gibt einen kurzen Ueberblick über die modernen Anschauungen in betreff der verschiedenen Konstitutionen und ihren Zusammenhang mit der Lehre von der inneren Sekretion. Es handelt sich um die Wiedergabe eines von Verfasser gehaltenen Vortrags; neue Gesichtspunkte finden sich nicht; ein tieferes Eindringen in den Gegenstand war schon bei der Kürze der Arbeit ausgeschlossen. Eine Notwendigkeit, den Vortrag in dieser Form zu veröffentlichen, lag also gewiß nicht vor.

Die Krankheit Wilhelms II. Von Dr. **Paul Tesdorpf** (München). J. F. Lehmanns Verlag in München 1919. 35 S. 1,— M.

Offene Briefe über „die Krankheit Wilhelms II." Von Dr. **Paul Tesdorpf.** J. F. Lehmann Verlag in München 1919. 67 S. 2,20 M.

„Für den erfahrenen Arzt und Psychiater besteht kein Zweifel, daß Wilhelm II. schon von Jugend auf ein Geisteskranker war." Mit diesen Worten kennzeichnet der Verfasser sein Urteil über den unglücklichen Kaiser, das er in den beiden vorliegenden Schriften in einer für jeden Gebildeten verständlichen Darstellung zu begründen versucht. „Periodisches Irresein" auf der Grundlage ererbter geistiger Entartung ist die spezielle Diagnose, zu welcher der Verfasser gelangt. Das Material, auf welches T. sich stützt, besteht außer dem Gesamteindruck der Regierungstätigkeit des Kaisers aus seinen bekannt gewordenen Reden und Briefen sowie aus privaten, ihm aus der Umgebung Wilhelms II. zugegangenen Mitteilungen. Wie weit dem Verfasser seine Beweisführung gelungen ist, müssen wir dem Urteil der Fachpsychiater überlassen. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. In der preußischen Landesversammlung wurden die Anträge des Ausschusses für Bevölkerungspolitik angenommen, die von der Reichsregierung eine gesetzliche Regelung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und des Prostitutionswesens verlangen und dafür eine Anzahl von Forderungen aufstellen, u. a. Anzeigepflicht aller Geschlechtskranken ohne Namensnennung, Verbot der Fernbehandlung, Behandlungszwang solcher Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben.

Dortmund. Bei dem hiesigen pathologischen Institut wird am 1. April d. J. eine Abteilung zur Erforschung der Gewerbe- und Unfallkrankheiten eröffnet werden. Die erforderlichen Mittel werden außer durch die Stadt Dortmund von dem Allgemeinen Knappschaftsverein in Bochum, der Knappschaftsberufsgenossenschaft, Sektion 2, und den Hütten- und Walzwerksberufsgenossenschaften aufgebracht.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. An Grippe starb im Alter von 45 Jahren vor einigen Wochen Dr. Hugo Marx, Gerichtsarzt des Kreises Teltow, früher Assistent am Institut für Staatsarzneikunde in Berlin, der mit einer Reihe wissenschaftlicher Arbeiten auf seinem Spezialgebiet hervorgetreten ist, ein Praktikum der gerichtlichen Medizin verfaßt und sich auch mit allgemeineren philosophischen Fragen beschäftigt hat. — Ferner starb hier der bekannte Ohrenarzt Geh. Sanitätsrat Dr. Dagobert Schwabach im 74. Lebensjahre. Seinem Namen ist ein dauerndes Andenken gesichert durch den von ihm angegebenen, nach ihm benannten Versuch (Funktionsprüfung des Gehörorgans mittels Knochenleitung).

Kiel. Dr. jur. et med. Gerhard Wagner, Privatdozent für Hygiene und Assistent am hiesigen hygienischen Institut, wurde als Abteilungsleiter an das hygienische Institut In Jena berufen.

Frankfurt a. M. Professor Dr. Karl Kleist in Rostock wird dem Ruf auf den hiesigen Lehrstuhl für Psychiatrie an Stelle Sioli's Folge leisten.

Heidelberg. Prof. Dr. med. et phil. Max Fürbringer, der ehemalige Ordinarius der Anatomie an der hiesigen Universität, starb im Alter von 74 Jahren. Er hatte bis 1869 Naturwissenschaften, insbesondere Zoologie, bis 1873 Medizin studiert. war zuerst Prosektor am anatomischen Institut in Heidelberg unter Gegenbaur, 1879 wurde er ordentlicher Professor der Anatomie in Amsterdam, 1888 wurde er nach Jena, 1901 nach Heidelberg berufen. 1912 trat er in den Ruhestand. Seine Veröffentlichungen betrafen besonders die vergleichende Anatomie der Wirbeltiere.

Zürich. Im Alter von 80 Jahren starb Prof. Gustav Huguenin zuerst Professor der Psychiatrie, später der inneren Medizin und Direktor der medizinischen Klinik in Zürich.

Verschiedenes.

Berlin. Die im November 1914 von Professor Dr. Silex begründete und von ihm in Gemeinschaft mit Frl. Betty Hirsch geleitete Kriegsblindenlazarettschule (Berlin, Mittelstraße 5/6) hat soeben einen neuen Bericht über ihre Wirksamkeit in der Zeit vom November 1917 bis November 1919 herausgegeben. Die Anstalt bezweckt, Kriegsblinden eine Unterweisung in einem passenden Beruf zu teil werden zu lassen und dadurch ihnen die Grundlagen zu einer späteren wirtschaftlichen Selbständigkeit zu schaffen. Etwa 400 Kriegsblinden kam bis jetzt der Unterricht und die Fürsorge der Anstalt zugute; ein Teil wurde in die Lage versetzt, ihren früheren Beruf wieder aufnehmen zu können, die übrigen wurden in anderen Tätigkeiten, z. B. als Maschinenschreiber, Masseur, Aktenhefter, Telephonisten, ausgebildet und in geeigneten Stellungen untergebracht.

Berlin. Die Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte wird in diesem Jahre nach sechsjähriger Pause wieder abgehalten. Mit Rücksicht auf die Beziehungen zu den akademischen Anstalten in Frankfurt a. M., Gießen und Marburg, ist Bad Nauheim als Versammlungsort gewählt. Den Vorsitz führt der Münchener Kliniker Professor Friedrich v. Müller; das Programm der vom 26. September bis 1. Oktober stattfindenden Tagung wird später bekanntgegeben.

V. Amtliche Mitteilungen.

Auf Anordnung des Herrn Ministers des Innern sind Versandgefäße zur Entnahme von Gonorrhoe- und Syphilismaterial, letzteres zum Zwecke des Spirochätennachweises, an die Apotheken und die Untersuchungsanstalten und zwar::

Das Medizinalaamt der Stadt Berlin, bakteriologische Abteilung, C 2, Fischerstraße 39/42,

das städtische Untersuchungsamt der Stadt Charlottenburg, Charlottenburg, Krankenhaus Westend,

das bakteriologische Amt der Staadt Schöneberg, Berlin-Schöneberg, Canovastraße, Auguste-Viktoria-Krankenhaus,

das hygienische Institut der Universität, NW 7, Dorotheenstraße 28,

das Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch, N 39, Föhrerstraße 2,

zur unentgeltlichen Abgabe an die Herren Aerzte überwiesen worden.

Die Herren Aerzte werden gebeten, vorkommenfalls diese Versandgefäße bei den Apotheken oder Untersuchungsämtern zu entnehmen und das Material an die auf dem Umschlage angegebene Untersuchungsstelle einzusenden.

Die Untersuchungsämter sind angewiesen, bei Syphilis neben der Wassermann'schen Reaktion nunmehr auch die Untersuchung auf Spirochäten, desgleichen bei Gonorrhoe die auf Gonokokken vorzunehmen. Für diese Untersuchungen werden seitens der Untersuchungsämter je 6 Mk. in Anrechnung gebracht.

Berlin, den 5. Februar 1920.

Der Polizei-Präsident.
I. V.: Dr. Lehmann.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 27. März 1920 | No. 12/13

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

89. Jahrgang Berlin, 27. März 1920 No. 12/13

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,–
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Chronische Rheumatismen und Mechanotherapie.*)

Von Sanitätsrat Dr. Guradze,
Spezialarzt für Orthopädie und Chirurgie,
Leitender Arzt der Nassauischen Krüppelfürsorge in Wiesbaden.

Meine Herren!

Mein Thema „chronische Rheumatismen und Mechanotherapie" möchte ich insofern modifizieren, als ich über die Gelenkerkrankungen überhaupt sprechen möchte, und zwar über ihre Einteilung nach den verschiedenen Prinzipien, über ihre klinischen Erscheinungen und ihre Behandlung, soweit sie im Rahmen dieses Vortrags Interesse erwecken können.

Was die Einteilung der verschiedenen Gelenkerkrankungen anbetrifft, so ist durch die Arbeiten von Hoffa und Wollenberg im Jahre 1908 in das Chaos der Nomenklatur eine gewisse Ordnung hineingekommen, nach der sich die meisten Orthopäden und Chirurgen heute bereits richten und die auch bei vielen Internen Anklang gefunden hat. Die Einteilung richtet sich erstens nach ätiologischen Prinzipien, und hier können wir diejenigen Krankheiten vorwegnehmen, bei welchen eine rein bakterielle Entstehung sicher nachgewiesen ist, bei welchen die Krankheit des Gelenks quasi eine Metastase des primären Infektionsherdes ist. Das sind die Gelenkleiden, welche Gerhardt und His als Rheumatoide. Pribrum als Pseudorheumatoide bezeichnet haben und welche entstehen nach Typhus, Scharlach, Gonorrhoe, Masern und septischen Erkrankungen. Die Lues und die Tuberkulose der Gelenke bilden eigene Krankheitsbilder Ferner können wir vorwegnehmen diejenigen Erkrankungen, welche auf humoralpathologischem Wege entstanden sind; das ist die Gicht, bei welcher die im Körper und im Blut kreisende nicht weiter abgebaute Harnsäure infolge ihrer Affinität zum Gelenkknorpel in dem Gelenk abgelagert wird und diese Krankheit damit auslöst; das sind die Gelenkerkrankungen, welche auf Hämophilie beruhen, und die seltenen Formen der Arthritdien, welche durch die Homogentisinsäure hervorgerufen, als Arthritis deformans alcaptonurica bezeichnet werden, wobei es zu einer Zerstörung und Schwarzwerden des Knorpels kommt, ferner die Gelenkerkrankungen, welche auf Erkrankungen des Zentralnervensystems beruhen (Tabes, Syringomyelie). Dann kommen wir zu den Erkrankungen, deren Aetiologie bisher noch nicht genügend geklärt ist, das ist der akute Gelenkrheumatismus, der primäre chronische progressive Gelenkrheumatismus und der sekundäre chronische Gelenkrheumatismus. Davon zu trennen ist die Arthritis deformans.

Bei diesen 4 letzten Krankheitsgruppen ist der aetiologische Faktor in Gestalt eines Mikroorganismus bis jetzt nicht entdeckt, jedenfalls von niemand sicher nachgewiesen worden und die Entstehungsursache noch vielfach umstritten; worauf wir später zurückkommen werden, während die pathologische Anatomie und die klinischen Symptome durch vielfache eingehende und fleißige Studien heute in weitgehendster Weise geklärt sind.

Nachdem wir nun bis vor kurzem auf den eben genannten Standpunkt uns stellen konnten, kommt von München her eine neue Lehre, die wieder mit der alten Humoralpathologie zusammenhängt, mit der Pathologie der im Körper kreisenden Säfte, und welche besagt, daß die aetiologische Ursache für all diese chronischen, zuletzt genannten Arthritiden, Gicht, primär chronischen und sekundär chronischen Gelenkrheumatismus sowie Arthritis deformans auf der gleichen aetiologischen Grundlage aufzubauen sind, nämlich auf dem mangelnden lokalen Gewebsschutz der Gelenke, welcher nun wieder nach den gleichen Prinzipien bekämpft werden muß. Ich komme später hierauf ausführlicher zuück.

Was nun den akuten Gelenkrheumatismus anbetrifft, so ist seine Entstehungsursache noch immer nicht geklärt. Eine Reihe von Autoren nimmt an, daß es sich um eine Reaktion der Gelenke bei irgend einer septischen zum Teil kriptogenetischen Infektion handelt, wofür in 80% die Tonsillen verantwortlich gemacht werden. Ich glaube, daß diese Zahl wohl sicher zu hoch gegriffen ist. In denjenigen Fällen, in welchen eine sich oft wiederholende Angina sicher nachgewiesen ist, dürfte dieselbe wohl als Ausgangsquelle gelten und auch die vielfach von Rachen-Nasen-Spezialisten geübte Ausschälung der Tonsillen am Platze sein. Aber nun, wie es oft geschieht, bei jedem Rheumatismus jedem Patienten die Tonsillen herauszunehmen, davor möchte ich doch ebenso, wie es Umber getan hat, warnen. Nun meinen viele Autoren, daß von dieser Infektion aus die Gelenke beim akuten Rheumatismus an sich auch infiziert werden. Dann müßten doch logischerweise aber in den Gelenken selbst, in ihren Ergüssen, in der Gelenkschleimhaut und in den Zotten, sich auch derartige Bakterien nachweisen lassen, wofür bisher der sichere Nachweis fehlt. Die zweite Deutung ist die von Weintraud-Wiesbaden propagierte, daß es sich um einen anaphylaktischen Zustand der Gelenke handelt, d. h. daß auf die schädigende Noxe, welche durch die Eiweißgifte der Bakterien im Körper dargestellt wird, die Gelenke in anaphylaktischer Weise mit diesen akut fieberhaften Gelenkerkrankungen und Ergüssen reagieren. Diese Theorie ha tin letzter Zeit viele Anhänger gefunden, und ich möchte sie deshalb auch heute vor Ihnen erwähnen.

Die klinischen Symptome und die Therapie des akuten Gelenkrheumatismus dürften in diesem Kreise so bekannt

*) Vortrag gehalten auf der Jahresversammlung der Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie in Berlin am 10. Januar 1920.

sein, daß ich sie im Rahmen dieses Vortrags übergehen kann. Erwähnen möchte ich nur, daß es sich um eine primäre Erkrankung der Synovia und der Gelenkkapsel handelt, von welcher die Ausschwitzungen der Ergüsse ausgehen.

Ebenso wie beim akuten Gelenkrheumatismus ist die Aetiologie des sekundären chronischen Gelenkrheumatismus und des primären chronischen progressiven Gelenkrheumatismus (der Periarthritis progressiva destruens Umber) noch nicht geklärt. Thermische Reize, Erkältung, feuchte, nasse Wohnungen mögen wohl mit zur Entstehung den Körper disponieren, ohne letzten Endes die Krankheit allein auszulösen. Die Lebensweise und Verhältnisse (Arthritis pauperum) Ueberanstrengungen, Heredität, Sexualleben können ebenfalls nur als disponierende Momente angesprochen werden. Die bakteriellen Befunde, soweit sie von Forschern wie Schüller, Spitzy, Bannatyne, Blaxal, Wohlmann, Menzer, Beaton, Walker, Sahli mitgeteilt sind, sind erstens nur vereinzelt und zweitens derartig divergierend, vielleicht auch teilweise von Zufällen abhängig, daß wir auch heute sagen müssen, wir kennen einen spezifischen Erreger dieser Krankheiten nicht.

Die Lehre Poncet, die Tuberkulose auch für die chronischen Formen der Polyarthritis verantwortlich zu machen, möchte ich mit der gleichen Entschiedenheit wie Wollenberg negieren. Fälle, in welchen polyarthritische Erkrankungen, die wie der primär chronische progressive Gelenkrheumatismus verlaufen, auf einer ursprünglichen Tuberkulose beruhen, sind äußerst selten. Ich selbst habe unter meinem großen Beobachtungsmaterial nur einen derartiegen Fall bei einem jungen Mädchen von 21 Jahren mit Befallensein fast aller Gelenke gesehen, wo in der Kindheit Operationen an den Gelenken wegen Tuberkulose ausgeführt worden waren. Dieser Fall ist insofern aber nicht einwandfrei, da hereditäre Lues auch dabei scheinbar eine Rolle mitspielte.

Ich komme nunmehr zur Besprechung der Lehre Heilners-München, der als Aetiologie sowohl für die Arthritis urica wie auch für beide Formen des chronischen Rheumatismus und für die Arthritis deformans die Lehre vom mangelhaften lokalen Gewebsschutz und den Affinitätserkrankungen aufstellte. Die Heilner'schen Versuche gingen von dem Gedanken Umbers aus, daß die Gicht hervorgerufen wird durch die Affinität des Gelenkknorpels zu der im Blut kreisenden Harnsäure. Nun konnte Heilner nachweisen, daß es eine große Anzahl Hyperurikaemiker (Träger von vermehrter Harnsäure im Blut) auch ohne Gicht gäbe. Er schloß daraus, daß allein der Ueberschuß der Harnsäure im Blut und die Affinität des Knorpels zu dieser Harnsäure nicht genügen, um die Ablagerung von harnsauren Salzen in den Gelenken und damit die echte Gicht zu erzeugen. Vielmehr sagte er, muß ein anderer Faktor noch hinzukommen, welcher auf die Knorpelzellen derartig schädigend wirkt, daß sie, pathologisch in ihrem Chemismus verändert, imstande sind, die Harnsäure anzuziehen und zur Ablagerung zu zwingen. Es müsse beim normalen, gesunden Menschen also die Knorpelzellen ein Schutzstoff umgeben, welcher dieses Eindringen der Harnsäure verhindert, etwa irgend welche Säuren in der Knorpelzellmembran und, wenn diese versagt, käme es zur Durchbrechung dieses Schutzgitters und zur Ablagerung der Harnsäure im Knorpel. Es spielen dabei auch Wirkungen eines Antiferments eine Rolle, es muß im Gelenk ein besonderer, angeborener physiologischer, lokaler Schutz gegen die Affinität der Harnsäure gegeben sein, den er kurz und allgemein als lokalen Gewebsschutz bezeichnet. Es heißt in seiner Arbeit weiter: „Es wird nach meiner Ueberzeugung im normalen Gelenk die Produktion eines oder mehrerer Schutzstoffe oder der Ablauf spezifischer Zellvorgänge gewährleistet, welche physiologischerweise verhindern, daß die normal bestehende Affinität der Harnsäure zum Knorpel sich durchsetzt und im Seßhaftwerden einen spezifisch pathologischen Ausdruck erfährt. Es kommen dabei jedoch nur lokale Zellprozesse in Frage, die sich in irgend einer Weise zur Harnsäure in biochemische oder biophysikalische bzw. chemische oder kolloidchemische Beziehung setzen und deren richtiger Ablauf völlig intakte Gewebe zur Voraussetzung hat. Irgend eine primäre Ursache, sei es statische, mechanische, traumatische, infektiöse oder neurotische, ferner arteriosklerotische allgemeine Abnutzung, Ernährungsstörung oder Ueberanstrengung sollen imstande sein, bestimmte Gelenksformationen der Gelenke zu schädigen, wodurch der primäre Gewebsschutz durchbrochen wird und die Krankheit einsetzt."

Ein zweites Beispiel für diese Lehre, wo wir die schädigende Säure genau kennen, ist die Arthritis deformans alcaptonurica, wo nach Heilner bei versagendem Schutzstoff der Knorpelzellen die Homogentisinsäure in den Knorpel eindringt, das Schwarzwerden (Ochronose) des Knorpels erzielt, damit in gewissen Fällen den Knorpel arrodiert und damit zur Auslösung einer bestimmten Form der Arthritis deformans führt. Gleiche Affinitätserkrankungen sieht Heilner auch in der Arteriosklerose durch mangelhaften Gewebsschutz der Intima und dadurch Ablagerung von Kalk in der Arterienwand.

Diese Schutzstofftheorie wird nun auch für sämtliche andere chronische Gelenkerkrankungen aufgestellt, zumal die Heilner-Therapie ihm bei der Injektion seines Knorpelextraktes auch bei diesen Patienten eine deutliche Wirkung und Besserung zeigte. Ich führe diese aetiologischen Faktoren hier in extenso an, weil ich nach späteren Ausführungen selber das Mittel erprobt habe, dem ich zuerst mit großer Skepsis gegenübertrat und entschieden dabei eine Wirkung und eine Besserung in mehreren Fällen beobachtet habe. Bei der relativen Neuheit und grundsätzlichen Bedeutung des Mittels würde es mich freuen, wenn auch andere Herren ihre Erfahrungen bekanntgeben würden. Selbstverständlich können wir das Sanarthrit nur als ein weiteres Hilfsmittel in unserem therapeutischen Schatz betrachten und dürfen bei Anwendung dieser Einspritzungen die anderen mechanotherapeutischen und physikalischen Hilfsmittel, wie auch Bäder usw., nicht außer acht lassen.

Ich gehe nun ganz kurz auf die pathologische Anatomie des chronischen Rheumatismus im Gegensatz zur Arthritis deformans ein, die Ihnen ja längst bekannt ist. Es handelt sich beim primären chronischen Gelenkrheumatismus und beim sekundären chronischen Gelenkrheumatismus um eine Entzündung der Gelenkhaut mit Proliferation von Zotten, mit echten Entzündungserscheinungen im subintimalen Bindegewebsraum, wobei es zur Proliferation von Gefäßen kommt, um welche herum sich die Entzündung in Gestalt von Rundzellanhäufungen lokalisiert, einhergehend mit einer starken Wucherung des Bindegewebes und zum Teil mit Blutungen in diese Bindegewebsschicht (Stadium der Entzündung). Sekundär kommt es nachher zum Stadium der Schrumpfung mit Aufgabe der vielen Gewebezellen und mit Anhäufung von geschrumpftem Binde- und Narbengewebe; dabei kommt es zur Wucherung eines pannusartigen Granulationsgewebes, von der innersten Schicht der Synovia aus. Dieser Pannus wächst über die Knorpelfläche herüber, führt zu einer Auffaserung, Schwund und bindegewebigen Entartung des Knorpels und kann in vorgeschrittenen Fällen zu einer bindegewebigen Verlötung und Verwachsung der gegenüberliegenden Gelenkteile führen. Diese Verwachsung ist zunächst bindegewebiger Natur, kann mit der Zeit aber bei Durchbruch nach dem Knochen zu zu knöchernen Ankylosen führen. Es kommt dabei, was höchst wichtig im Gegensatz zur Arthritis deformans ist, zu starker Kapselschrumpfung, Verlötung und Abgrenzung einzelner Kapselräume, wie z. B. des oberen Recessus des Kniegelenks. Im Anfangsstadium haben wir es oft mit Ergüssen serofibrinöser Art zu tun, die auch an der Grenze des serofibrinös-eitrigen Ergusses stehen können. Dabei ist das Primäre eine echte Entzündung der Gelenkhaut und des sie umgebenden Gewebes; daher der Name Umbers Periarthritis progressiva destruens. Die Erscheinungen des sekundären chronischen und des primären progressiven chronischen Gelenkrheumatismus decken sich in dieser Beziehung fast völlig. Ganz anders sind die Erscheinungen der Arthritis deformans. Hier handelt es sich um eine Osteo-Arthritis, wobei die primäre Erkrankung vom Knorpel ausgeht, mit Auflockerung des Knorpels, mit Schwund und Nekrose des Knorpels, Usuren und Schliffflächen; andererseits wiederum mit Anbau und Wucherung an den Rändern der Gelenke des Knorpels und des Knochens. Die primäre Ursache hierzu sieht Wollenberg nach seinen Untersuchungen in einer arteriosklerotischen Veränderung der versorgenden Gefäße, während Preisser in seinen vielfachen Arbeiten die Inkongruenz der Gelenke mit Freiwerden und Auffasern einer nicht mit der Gegenseite in Kontakt stehenden Knorpelpartie predigt. Diese nicht in Berührung mit der Gegenfläche stehende Knorpelpartie fängt zuerst an zu degenerieren und aufzufasern und zu den Erscheinungen der Usur und der Nekrose zu führen. Also das Primäre ist die Knorpelerkrankung mit Abbau und Anbau, die Gelenkhöhle ist im allgemeinen nicht verödet, die Synovia an sich nicht entzündet; wohl aber kommt es durch Reiz auch zu Zottenwucherung und auf traumatischem Wege zu Blutungen in den Zotten. Axhausen sieht als Primäres die Knorpelnekrose an, welche er auch experimentell auf elektrolytischem Wege erzeugt hat und von dieser Knorpelnekrose ausgehend kommt es nachher sowohl in der Umgebung der Nekrose als auch als Fernwirkung bezeichnet, an den weiter gelegenen Knorpelrändern zur Bildung der pathologischen Knorpel- und Knochen-Wucherungen. Die Arthritis deformans zeigt wenig und nur herdweise Knochenatrophie, während die chronischen Formen der Gelenkrheumatismen weitgehende diffuse Knochenstrophie zeigen; auch kommt es nicht zu Verödung der Gelenkhöhle. Die arthritisch deformierten Gelenke sind, soweit es Knorpel- und Knochenhemmungen zulassen, wenn auch unter Schmerzen, beweglich.

Was die klinischen Symptome anbetrifft, so sehen wir bei dem chronischen Gelenkrheumatismus als Folge der

eben geschilderten Veränderungen der Gelenkhaut und Schrumpfung derselben, zunächst eine Kompression der Knochen gegeneinander; diese führt wiederum zur Deviation, falschen Stellungen und Kontrakturen der Gelenke, wobei die sekundären Muskelkontrakturen auch eine große Rolle spielen (meistens Ueberwiegen der Beuger über die Strecker).

Charakteristisch für die chronischen Rheumatismen ist die ins Auge fallende, sehr starke Atrophie der Muskulatur, welche wir als reflektorisch auffassen. Schleichender, oft fieberloser Anfang, Befallensein der kleinen Hand-, Finger- und Fußgelenke und übergreifend auf die großen Gelenke des ganzen Körpers, sind ja genügend bekannte Tatsachen gegenüber der Arthritis deformans, welche eins oder nur wenige Gelenke des Körpers befällt.

Ganz kurz erwähnen möchte ich noch, daß es unter den primären chronischen Rheumatismen eine Form gibt, welche von vornherein in einer ganz malignen Art zu Versteifungen und Verlötungen neigt und welche entschieden bösartiger ist, als die von vornherein nicht adhäsiven Formen. Ich habe eine Anzahl gerade solcher Fälle in Wiesbaden zu beobachten Gelegenheit gehabt, die schließlich allen physikalisch-therapeutischen Maßnahmen trotzten und bei welchen man nur noch mit der Operation etwas hätte erreichen können.

Was nun die physikalische Therapie anbetrifft, so werden wir gerade beim primären chronischen Gelenkrheumatismus und bei dem im Abklingen begriffenen chronischen sekundären Rheumatismus sehr viel durch Bäder, heiße Luft, Diathermie, Massage und Mediko-Mechanik erreichen. Gerade diejenigen Formen, bei welchen es noch nicht zu festen bindegewebigen oder gar knöchernen Verwachsungen der Gelenke gekommen ist, bieten für die Bäder und physikalische Therapie das aussichtsreichste Feld der Behandlung, und deshalb wurde Wiesbaden ja zu Friedenszeiten auch von diesen Kranken meist mit außerordentlich gutem Erfolg besucht. Aber auch dort mußte die Bäderkur erfolgreich durch die sämtlichen anderen physikalischen Heilmittel unterstützt werden. Der Glaube, daß das Bad allein alles erreichen kann, besonders bei vorgeschrittenen Fällen, ohne mechanische und physikalische weitere Behandlungsmethoden, ist natürlich nicht der richtige und ist dies auch meinen Patienten von mir oft und genügend gesagt worden.

Die vorgeschrittenen Kontrakturen streckt man in Etappengipsverbänden, resp. mit Schienenhülsenapparaten mit Federung, bei schweren ankylosierenden Formen kommen dann die operativen Eingriffe in Frage, sei es die parartikuläre Osteotomie, sei es die Tenotomie der geschrumpften Muskeln, sei es die Arthrektomie mit Entfernung der erkrankten Gelenkkapsel oder mit Interposition von Weichteillappen, sei es die Resektion behindernder Knochenteile. Auch hier muß nach der Operation wieder das ganze Arsenal der physikalischen und mechanischen Heilmittel sowie entlastende Schienenhülsenapparate in Kraft treten. Bei der Arthritis deformans wendet man Massage, Bäder, in den schweren Fällen auch entlastende Apparate an, namentlich bei den schweren Formen des Hüftgelenks. Bei ganz vorgeschrittenen Formen wird man in seltenen Fällen auch schließlich zur Resektion oder zur Arthrektomie mit Weichteilinterposition greifen müssen, jedoch bilden für den operativen Eingriff die chronischen Rheumatismen in ihren Endstadien ein größeres Feld, nachdem Payr in letzter Zeit ja auch daran gegangen ist, seine Arthroplastiken an mehreren Gelenken vorzunehmen.

Von der Arthritis deformans möchte ich noch eine Form der Hüfte erwähnen, wobei es zur intrapelvinen Wanderung der Gelenkpfanne kommt und Kopf und Hals so weit schließlich in die dünne, manchmal auch perforierte Pfanne hineinwandern, daß sie vollkommen eingemauert erscheinen, zumal, wenn es dann am Ende noch zur Bildung von Knorpel- und Knochenwucherungen kommt. Diese Fälle habe ich mehrere Male beobachtet und sie machen der konservativen Therapie nur geringe Aussicht auf Erfolg.

Zum Schluß komme ich noch auf meine Resultate mit der Heilnerschen Sanarthrit-Injektion. Ich habe sie bisher in drei Fällen angewandt. Unser Material ist leider in derartigen Fällen nach dem Kriege sehr sparsam geworden, aber in diesen 3 Fällen habe ich doch einen ins Auge springenden Erfolg erzielt.

Im ersten Fall handelte es sich um eine Dame, welche mehrere Jahre in russischer Gefangenschaft an der Murmanküste, fern von jeder Kultur und den furchtbarsten Strapazen langer Wege ausgesetzt, mit einem schleichenden, progressiven Gelenkrheumatismus fast aller Gelenke, erkrankte, welcher zum Schluß sich mit der deformierenden Arthritis kombinierte. Besonders auffällig waren die schweren Kniegelenkskontrakturen, das Befallensein der Ellenbogengelenke, aber auch der Hände und der Schultern. Hier habe ich zunächst mit physikalischer Therapie lange Monate behandelt, und mich schließlich zu den Sanarthrit-Injektionen entschlossen, allerdings ebenfalls unter Beibehaltung weiterer physikalisch-therapeutischer Anwendung. Die weniger befallenen Gelenke, besonders die Schultern, sind so gut wie ausgeheilt, Füße und Hände desgleichen, Knie- und Ellenbogengelenke sind erheblich besser geworden. Die Reaktion auf die Einspritzungen mit Schüttelfrost, starken Gliederschmerzen, Schweißausbruch, Angstgefühl, war bei der Patientin sehr stark. Sie kann jetzt ohne Stöcke gehen, während sie früher mühsam an 2 Stöcken dahinschlich. Wie gesagt, hat hier die physikalische Behandlung aber niemals ausgesetzt, ich verbuche aber diesen Erfolg zum größten Teil doch auf die Einspritzungen des Sanarthrit.

Eine zweite Patientin hatte eine monartikuläre Versteifung der rechten Schulter, offenbar durch bindegewebige Verwachsungen, und konnte den Arm um etwa 30 Grad hochheben. Diese Patientin reagierte auf die erste Sanarthriteinspritzung so heftig, daß ich eine weitere bisher noch nicht riskiert habe. Es war ihr auch in den folgenden Wochen dauernd schlecht und schwindlig. Ich ging damals in Urlaub und sah die Patientin etwa erst 2 Monate später wieder. Zu meinem Erstaunen konnte sie damals den Arm bis etwa 20 Grad unterhalb der Vertikalen heben.

Ein dritter Fall betraf eine 62jährige Dame mit chronischer Polyarthritis der Handgelenke und der rechten Hüfte. Diese Patientin reagierte ziemlich wenig sogar bei hohen Dosen von Sanarthrit, und bei ihrer Entlassung aus meiner Klinik konnte sie wohl besser gehen, aber ein eklatanter Erfolg war noch nicht zu sehen. Sie hat mir aber mehrere Monate nach den Einspritzungen mitgeteilt, daß ihr Gehvermögen sich doch erheblich weiter gebessert habe.

So skeptisch ich diesen Einspritzungen auch im Anfang gegenüberstand, so muß ich doch gestehen, daß an der Sache sicher etwas dran ist, und werde in geeigneten Fällen die Therapie auch fortsetzen, bin allerdings der Meinung, daß man die anderen physikalischen und mechano-therapeutischen Behandlungsmethoden und Bäder dabei durchaus nicht außer acht lassen darf.

II. Referate.

Prof. Dr. **J. H. Rille** und Privatdozent Dr. **R. Frühwald** (Leipzig): **Die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsan.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 43.)

Ueber die Erfahrungen der Leipziger dermatologischen Klinik mit Silbersalvarsan berichten die Verfasser folgendes: Die Einspritzungen (intravenös) erfolgten in 3—7tägigen Intervallen, die Einzeldosis betrug meist 0,2—0,3 g. Meist bekamen die Kranken 6—8 Einspritzungen mit einer Gesamtmenge von 1,6—1,8 g. In einigen Fällen von Primäraffekt wurde gleichzeitig eine Schmierkur durchgeführt. Die Einzeldosis wurde in 5—10 ccm destillierten Wassers gelöst. Die Einwirkung des Medikamentes auf die syphilitischen Erscheinungen erfolgte sehr prompt. Sklerosen waren nach einer Injektion von 0,25 g nach 1—2 Tagen bereits überhäutet; in längstens 8 Tagen waren sie verheilt. Roseolen verschwanden in 8 Tagen auf 0,5 g, ebenso rasch ungefähr papulöse Exantheme. Nässende Papeln am Genitale und Anus überhäuteten sich in 4—6 Tagen auf Dosen von 0,25—0,5 g, die weitere Resorption beanspruchte dann noch mehrere Tage. Schleimpapeln der Mundhöhle schwanden ebenfalls in 4—8 Tagen, seborrhoische Papeln der Nasolabialfalten in 6—9 Tagen. Unter Silbersalvarsan erfolgte also die Heilung syphilitischer Symptome um einige Tage rascher, als unter Neosalvarsan-Quecksilber. In einem Falle trat 5 Monate nach Abschluß der Silbersalvarsanbehandlung ein klinisches Rezidiv auf, in einem anderen Fall wurde nach 4 Monaten die negativ gewordene Wassermann-Reaktion wieder positiv. — In den meisten Fällen trat nach der ersten Einspritzung ziemlich hohes Fieber, manchmal von Schüttelfrost begleitet, auf, andere Störungen wurden nicht beobachtet; die späteren Einspritzungen verliefen reaktionslos. Ein einziges Mal wurde der angioneurotische Symptomkomplex beobachtet.

Prof. Dr. **Linser** (Tübingen): **Ueber eine neue kombinierte Salvarsan-Quecksilber-Anwendung bei der Syphilis.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 41.)

Verfasser hatte schon seit Jahren Versuche mit der intravenösen Anwendung von Sublimatlösungen zur Behandlung der Syphilis angestellt. Diese Methode zeigte jedoch den Nachteil, daß dabei Thrombosen entstanden, eine Nebenwirkung, die zur Behandlung der Varizen mit intravenösen Sublimatinjektionen ausgenutzt wurde. Seit etwa 1½ Jahren wendet L. nunmehr das Sublimat kombiniert mit Salvarsan intravenös an. Die Technik ist sehr einfach. Man löst Neosalvarsan oder Natriumsalvarsan in der mit 6 bis

8 ccm gefüllten Spritze und zieht dazu von einer 1 proz. Sublimatlösung noch 2 ccm auf. Dabei entsteht ein schwärzlich-grüner Niederschlag, der aber durch die dünnste Pravaznadel ohne Schwierigkeit durchgeht. Es empfiehlt sich vor der Einspritzung die Mischung umzuschwenken. Die Verwendung von destilliertem Wasser zur Bereitung der Lösung ist nicht nötig, es genügt erwärmtes Leitungswasser. Bisher wurden gegen 1000 Patienten mit etwa 8000 Einspritzungen von Sublimat-Salvarsan behandelt. Die Patienten bekommen meist 2 mal wöchentlich eine Einspritzung; die Einzeldosis beträgt 0,45 Neosalvarsan mit 0,02 Sublimat. Die manifesten Erscheinungen der Syphilis verschwinden darnach sehr schnell, die Wassermann'sche Reaktion wird sehr gut beeinflußt. Nierenreizungen, Enteritis, Exantheme traten in keinem Falle auf, Stomatitis nur nach höheren, versuchsweise angewendeten Sublimatdosen. Chemische Untersuchungen ergaben, daß das Sublimat bei der Mischung mit der Neosalvarsanlösung in eine neue organische Hg-Verbindung umgewandelt wird, so daß Sublimat mit den gewöhnlichen Methoden nicht mehr nachweisbar ist.

Prof. **Carl Stern** (Düsseldorf): **Ueber Entstehung und Verhütung von Salvarsanschädigung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 41.)

Auf Grund klinischer Beobachtungen und anatomischer Untersuchungen ist Verfasser zu der Ansicht gekommen, daß Salvarsan unmittelbar nach der intravenösen Einverleibung auf der Magendarmschleimhaut ausgeschieden wird. Dadurch wird bei manchen Personen unmittelbar nach der Injektion Brechreiz erzeugt. Bei bestehender Magenstörung kann durch das ausgeschiedene Salvarsan ein Reiz ausgeübt werden, der zu erheblicher Steigerung der Magenstörung bzw. zu starken Durchfällen führen kann. Sekundär kann es zu Ikterus (catarrhalis) kommen. Die Magendarmstörungen können bei geeigneter Therapie vollständig zurückgehen. Wenn sie in das chronische tSadium übergehen, können Darmgeschwüre entstehen, die zum exitus führen können. Als Folgeerscheinung dieser Magendarmsymptome kommt es bei manchen Personen zu Hauterscheinungen. Die sogen. Salvarsan- und Quecksilberexantheme sind also nach Verf. gar keine Arzneiexantheme, sondern vom Darm aus entstehende autotoxische Erytheme, die durch die Noxe des Salvarsans ausgelöst werden können. Sie entstehen gegenwärtig häufiger, weil durch die Art der Ernährung die Neigung zu Darmstörungen häufiger ist. Das weibliche Geschlecht erkrankt mehr und intensiver als das männliche. — Auf Grund dieeser Erfahrungen sind Personen mit akuten Magendarmstörungen bis zur Behebung der Magenstörungen von der Salvarsantherapie auszuschließen. Es empfiehlt sich ferner, das Salvarsan nicht bei nüchternem Magen zu geben. Während der Salvarsanbehandlung sind Alkoholexzesse völlig zu vermeiden. Bei der Ernährung sind Stoffe, die erfahrungsgemäß von den Patienten schlecht vertragen werden, zu verbieten. Beim ersten Anzeichen einer Magendarmstörung ist sofort die Salvarsanbehandlung einzustellen. Zeigen sich urtikarielle Erscheinungen oder Hautjucken, so sind außerdem tägliche Kochsalzinfusionen (intravenös) nach Aderlaß vorzunehmen. Die örtliche Behandlung der Dermatitis hat sich auf indifferente Salben zu beschränken. Badebehandlung ist zu bevorzugen.

Dr. **J. H. Hirschfeld** (Davos): **Beitrag zur Brombehandlung der Melancholie, des Alkoholismus, Morphinismus und psychogener Spasmen bei Praesklerose, Angina pectoris, Tremor etc.** (Schw. Rundschau f. Med., 1919, Nr. 7, S. 121.)

An die von Ulrich veröffentlichte Studie über die Bromwirkung in der Epilepsie und Melancholie anknüpfend, berichtet H. über die hervorragenden Dienste, welche das Bromregime in Form der Sedobrol-Tabletten bei der Behandlung des Alkoholismus und Morphinismus leistet. Die durch Sedobrol hervorgerufene Euphorie schädigt im Gegensatz zur Morphium- und Alkoholeuphorie weder die Körperkraft noch das sittliche Gefühl und die Arbeitsfähigkeit. Er weist daraufhin, daß einige Patienten seit mehr als 7 Jahren täglich 1—2 Sedobroltabletten gebrauchen und sich dadurch in seelischem Gleichgewicht halten können. In den Fällen, in welchen es nicht gelingt, das Morphium ganz abzugewöhnen, ist es doch möglich, die Menge zu verringern und durch eine regelmäßige, jedes Jahr wiederholte Sedobrolkur die Leistungsfähigkeit lange zu erhalten.

R. Meißner (Breslau): **Ueber Nebenwirkungen einiger neuerer Schlafmittel (Luminal, Nirvanol).** (Therapeutische Monatshefte, September 1919.)

Zu den gebräuchlichsten Schlafmitteln gehört das L u m i n a l (Phenyläthylmalonylharnstoff), welches neuerdings besonders auch bei Epilepsie empfohlen wurde. Wie verschiedene Veröffentlichungen zeigten, ist Luminal nicht frei von Nebenwirkungen. Verfasser vermehrt das Material um einen von ihm beobachteten Fall. Ein Leutnant, bei dem im Anschluß an eine Influenza und Mandeleiterung geistige Verwirrung und Erregungszustände aufgetreten waren, erhielt mehrere Luminalinjektionen. Danach trat Fieber bis 40° und ein diffuses, makulo-papulöses Exanthem über den ganzen Körper auf. Im Urin etwas Eiweiß. Nach Aussetzen des Luminals ging die Erkrankung in etwa 8 Tagen zurück. — Ein neueres, vielfach empfohlenes Schlafmittel ist N i r v a n o l, seiner chemischen Zusammensetzung nach Phenyl-Aethylglykolylharnstoff oder Phenyl-Aethylhydantoin. Auch Nirvanol ist nicht frei von Nebenwirkungen, sogar ein Todesfall an Nierenblutung nach Nirvanol wurde berichtet. Verfasser beobachtete in zwei Fällen schädliche Nebenwirkungen nach Nirvanol, bestehend beide Male in einem diffusen scharlach- resp. masernartigen Exanthem mit Fieber bis 40°. Beide Male verschlimmerte sich das Leiden nach erneuter Nirvanolgabe. In beiden Fällen wurden die Erscheinungen durch mäßige Nirvanolgaben ausgelöst.

Dr. **Reinhard Kohlschütter: Die Gefahr der Bleivergiftung durch steckengebliebene Geschosse.** (Med. Klinik 1919, Nr. 42.)

Nach Verfasser soll man im Körper eingeheilte Bleigeschosse entfernen, falls keine dringende Gegenindikation besteht. Denn da sich das Blei im Körper ganz verschiedenartig verhält, und daher keine Sicherheit darüber besteht, ob und wann eine Bleivergiftung eintreten kann, empfiehlt es sich, den Verletzten durch die Entfernung des Geschosses auf jeden Fall von der Gefahr einer Bleivergiftung zu befreien. Verfasser hatte Gelegenheit, bei einem bulgarischen Invaliden eine Schrapnellkugel aus dem Kniegelenk zu entfernen, welche von einer 5 Jahre zuvor erlittenen Schußverletzung herrührte. Wenn auch bei dem Patienten noch keine ausgesprochenen Zeichen einer Bleivergiftung vorhanden waren, so ergab sich doch aus dem bei der Operation erhobenen Befund, daß Blei von dem Schrapnell resorbiert und zunächst im benachbarten Gewebe abgelagert worden war. Jedenfalls lag hier die Gefahr einer Bleivergiftung vor.

Dr. **A. Freudenberg** (Berlin): **Lokale Anwendung von Chlorkalzium zur Verhütung der gefahrdrohenden Blutungen bei der suprapubischen Prostatektomie.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 41.)

Starke Blutungen während oder nach der suprapubischen Prostatektomie sind eine der Hauptgefahren dieser Operation. Zur Verhütung dieser Blutungen empfiehlt Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen die örtliche Anwendung von Calc. chlorat. bei der Operation. Zur Anwendung kommt eine 6 proz. Lösung des pulverförmigen Calcium chloratum siccum. Vor der Operation werden 100 ccm der Lösung in die durch den Katheter entleerte Blase injiziert und dort 10—20 Minuten gelassen; unmittelbar vor dem Hautschnitt wird die Flüssigkeit entleert und durch injizierte Luft ersetzt. Nach der möglichst schnell erfolgten Enukleation der Prostata wird dann die Nische der Prostata mit Vioformgaze, die mit der Chlorkalziumlösung getränkt ist, fest austamponiert, oberhalb davon der Rest der Blase ebenfalls mit in Chlorkalziumlösung getränkter Vioformgaze ausgestopft. Die Blase wird nicht genäht. Die in der Prostatanische befindliche Vioformgaze wird nach 48 bis 72 Stunden vorsichtig entfernt. Verfasser hat dies Verfahren bisher 26 mal angewendet und dabei niemals eine stärere Blutung erlebt.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Sitzung vom 1. III. 20

(Eigenber. d. Allgem. med. Centr.-Ztg.)

Vorsitz: Herr K r a u s.

Tagesordnung:

Diskussion zum Vortrag des Herrn A. Magnus-Levy: Alkalichloride und Alkalicarbonate bei Oedemen.

Herr **Arnoldi:** Chlorkalcium erhöht in geringen Mengen gleichfalls die Diurese. Außerordentlich schwankend verhält sich bei Zufuhr verschiedener Mengen Wasser bzw. Chlor der prozentuale Chlorgehalt des Blutes.

Herr **Ludwig F. Meyer:** Die Beobachtungen an Nephritikern zeigen dem internen Arzt dieselben Erscheinungen, die der Kinderarzt schon am gesunden Säugling längst festgestellt hat: am Ende des 1. Lebensjahres werden im Wasserversuche zugeführte 200 ccm Wasser vollkommen abgeschieden, während im ersten Lebensvierteljahr das Wasser aufgespeichert wird. Im kombinierten Wasserversuche ist ist das Ergebnis die nur teilweise Ausscheidung von 59 g der physiologischen Kochsalzlösung, dagegen von Chlorkali

175 g. Alle Salze des Natriums wirken wasserspeichernd, am stärksten Kochsalz; den Kalisalzen fehlt diese Wirkung, vom Chlorkalzium wirken bei Nephritis nur große Dosen und zwar recht erheblich.

Herr **Rosenberg** steht den Ergebnissen der Versuche über die diuretische Wirkung von Salzen sehr skeptisch gegenüber. Nephritische und nephrotische Oedeme beruhen nicht jedesmal auf Natriumwirkung.

Herr **Guggenheim** stellte Versuche an einem Nephritiker mit dem Ergebnis, daß Jodnatrium eine erhebliche Verschlechterung brachte, Kaliacetat besserte die Diurese, Kaliumchloratum die Kochsalzausscheidung.

Herr **Magnus-Levy** (Schlußwort): Chlorammonium geht wie Chlorkalzium in Ionen getrennt in den Harn über; Natrium und Kalium werden mitgerissen, der Harn wird sauer. Der Durst der Oedemkranken beruht auf Chlorretention im Blut; diese ist renalen Ursprungs.

Biologische Versuche zur Steigerung der Strahlenwirkung.

Herr **Gudzeut:** Die fluoreszierende Strahlung ist eine Begleiterscheinung der Durchstrahlung von Elementen, die mit charakteristischer Eigenstrahlung reagieren: die Elektronen führen Ionisierung des Gewebes herbei, deren Grad vom Atomgewicht abhängt. Will man therapeutische Bestrahlungen vornehmen, so kommt es darauf an, den Tumor empfindlich zu machen. Anämisierung macht die Haut relativ unempfindlich gegen die Strahlen: denn der Blutfarbstoff enthält viel Eisen und dieses bewirkt in erheblichem Maße Sekundärstrahlung. Verwendung von Eosin und Cholin als Sensibilisatoren war wenig erfolgreich. Nur der Tierversuch vermag entscheidenden Anhalt zu geben, ob die Elektronenbildung durch gewisse Stoffe gesteigert werden kann.

Daher bestimmte Vortr. für Mäuse die tötliche Röntgen- und Radiumdosis. Darauf wurden kolloidale Lösungen von Eisen, Kupfersilber, Jod, Platin, Wismut und Gold eingespritzt. In keinem Versuche wurde vermehrte Erzeugung der Elektronen festgestellt. Denn die noch eben erträgliche Menge der Schwermetalle genügt augenscheinlich nicht für die Erzeugung sekundärer Strahlenwirkung.

Aussprache:

Herr **Grossmann** kommt auf Grund physikalischer Berechnungen zu dem Ergebnis, daß die Verstärkung der Elektronenwirkung bei den Versuchen mit Silber nur 2%, bei Gold gegenüber der weichen Strahlung 1%, gegenüber der K-Strahlung 5% beträgt. Immerhin verdoppelt sich an der Oberfläche der kolloidalen Partikel die Wirkungsdosis.

Ueber die Proteïntherapie bei der Kachexie tuberkulöser Kinder.

Herr **Czerny** kommt zu dem Ergebnis, daß die Proteïnbehandlung bei tuberkulös kachektischen Kindern günstig ist, weil sie die Zeit wirken läßt, um spezifische Mittel vielleicht auf dem Gebiete der Chemo- oder Serotherapie zu verwenden. Zur Verhütung der Anaphylaxie kommen täglich nur ½—1 ccm Pferdeserum zur Verwendung; bis 100 Einspritzungen wurden gegeben. Der Erfolg war vorzüglich. Von 30 mitunter stark kachektischen Fällen besserten sich 12 so weit, daß eine Therapie weitergeführt werden konnte. Zunahme des Gewichtes, Eßlust und blühendes Aussehen stellten sich ein: die Tuberkulose blieb. Maraglianos Erfolge mit seinem Serum beruhen vielleicht ebenfalls auf dem Pferdeserum, nicht auf spezifischer Heilwirkung. Mode.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 8. III. 20.

Vorsitz: Herr Czerny.

Tagesordnung:

Erfahrungen mit der Pneumothoraxbehandlung tuberkulöser Kinder.

Frl. **Eliasberg:** Die Erfahrungen der Czernyschen Universitätskinderklinik mit der Pneumothoraxtherapie belaufen sich auf 6 Jahre und gehen dahin, daß eine Kontraindikation seitens des Kindesalters als solchen nicht besteht. Im Gegenteil muß hier frühzeitig eingegriffen werden, da die Tuberkulose der Kinder unverhältnismäßig ungünstiger ist. Das Sekundärstadium im Sinne Ranke's indiziert sofort den Eingriff. Schon das 1. Lebensjahr überwindet glatt die Ausschaltung einer Lunge; nur die Respirationsfrequenz nimmt auffallend zu, ist aber im 2. Lebenshalbjahr nicht mehr sichtbar. Auch bei doppelseitiger Erkrankung ließ sich die kränkere Lunge, später die weniger kranke mit Erfolg angehen. Infiltrative Vorgänge, die nicht rein tuberkulös sind, obwohl sie eine Begleiterscheinung der Erkrankung darstellen, heißen in der Klinik epituberkulös. Diese pneumonischen Prozesse sitzen im Oberlappen und gehen allmählich zentralwärts zurück. Doch bleiben Bronchialdrüsenknoten gewöhnlich zurück.

Im Gegensatz hierzu stehen die Vorgänge, die als bronchiektatische Pneumonie aufzufassen sind. Symptome der epituberkulösen Erkrankung sind Dämpfung und bronchiales Atmen, selten Rhachitis, zumal klingende Geräusche; dazu kommen im Röntgenbilde starke Schatten sowie das dauernde Fehlen von Tuberkelbazillen im Sputum.

Diese im allgemeinen gutartigen Erkrankungen bedürfen der Pneumothoraxbehandlung nicht. Der Eingriff wird überdies durch strang- oder flächenförmige Pleuraadhäsionen erheblich erschwert. Sie treten schon im frühesten Kindesalter als Folge eines symptomlos verlaufenden Prozesses auf.

52 mal fand der Eingriff statt, 44 mal mit dem Erfolg der Pneumothoraxbildung, 10 mal bildete sich eine Ausschwitzung, darunter 2 mal eitrig. Exsudate müssen sofort entleert und durch Gas ersetzt werden. Sonst entstehen unweigerlich Verklebungen.

Da die Behandlung im Anfange in der Klinik nur kurze Zeit stattfand, ist ein endgültiges Urteil über den Wert des Verfahrens noch nicht möglich. Immerhin besteht die Aussicht, auf diese Weise viele Kinder jahrelang am Leben zu erhalten, die sonst schnell gestorben wären, in hohem Maße.

Aussprache:

Herr **Wolff-Eisner:** Technik und Indiktion des künstlichen Pneumothorax sind bereits so weit ausgebildet, daß es nunmehr Sache des Praktikers ist, sich damit zu befassen. Doch soll diese Behandlung eine kausale sein; beeinflußt sie ja wesentlich die Immunitätsverhältnisse. R. verfügt über 8 jährige Erfahrungen. Danach ist der Eingriff bei schwerer Erkrankung der aussichtsreichste, vielleicht der einzige. Exsudate kamen selten vor; den serösen Exsudaten liegt stets eine Infektion zu Grunde. Er entleert sie nur bei Lebensgefahr. Bei ständiger Nachfüllung kommt es nicht zu Adhäsionen. Umgekehrt kam es einmal gerade nach der Entleerung des Exsudates und Auffüllung zu totaler Verwachsung der Pleura.

Herr **Kleinschmidt:** Kleine Kinder bieten dem Eingriffe große Schwierigkeiten: Das Schreien führt oft zur Ausstoßung des Stickstoffes und Bildung von Emphysem. Dieses läßt sich durch den Chloraethylrausch verhüten. Bei jungen Kindern traten trotz der Behandlung Generalisation oder andere Herde der Tuberkulose auf. Ueberdies kommt nur ein kleiner Teil der Kranken in Betracht.

Herr **Magnus-Levy:** Von welchem Lebensjahre an ist Erfolg zu erwarten?

Frl. **Eliasberg:** Schlußwort.

Bericht über das Schicksal der im Jahre 1911 von Herrn Prof. F. .F Friedmann zu Schutzzwecken geimpften Fälle.

Herr Erich Müller ließ 43 Säuglinge mit dem „Friedmann-Serum" „schutzimpfen". 1913 waren davon 11 als klinisch gesund noch ermittelt worden; sie wiesen negativen Pirquet auf. Jetzt wurden nur noch 9 ausfindig gemacht; sie sind frei von manifester Tuberkulose; doch finden sich knackende Geräusche. Der Pirquet war jetzt in 8 Fällen positiv. Von den 9 Kindern lebt nur 1 in tuberkulösem Milieu. Herr Hessmann fand im Röntgenbilde Verstärkung des Hilusschattens und peribronchitische Stränge. Der positive Ausfall der Pirquet'schen Reaktion beweist, daß die Friedmannsche Impfung nicht die Infektion, sondern nur ihr Manifestwerden verhindert. Das eine in tuberkulösem Milieu lebende Kind ist durch die Impfung nach der Meinung der Mutter von der Tuberkulose verschont geblieben; vielleicht hat sie Recht. Das Gesamtmaterial bringt aber nur das eine Ergebnis: Non liquet! Mode.

IV. Bücherschau.

Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens. Eine Denkschrift unter Mitwirkung von Prof. Dr. **A. Dührssen**, Berlin, Dr. **Dreuw**, Berlin, Oberarzt Dr. **J. Enge**, Heilanstalt Strecknitz-Lübeck, Dr. **W. Grumach**, Berlin, Dr. **C. Kraemer**, Stuttgart und Dr. **R. Springer**, Heidelberg, herausgegeben von Dr. med. et phil. **Hans Lungwitz**, Berlin. Adler-Verlag, G. m. b. H., Berlin. 128 S. 10 Mark.

Eine eigenartige Erscheinung ist es, daß nicht nur gegenwärtig, sondern schon vor der Umwälzung gerade aus ärztlichen Kreisen vielfach Rufe nach Verstaatlichung des ge-

samten Heilwesens ertönten, während die große Masse der Bevölkerung, welche das Objekt der ärztlichen Behandlung bildet, eigentlich dieser Idee noch sehr kühl gegenübersteht. Die bemittelten Klassen sind mit dem heutigen System der ärztlichen Versorgung durchaus zufrieden, und was den in den Krankenkassen versicherten Teil der Bevölkerung anlangt, so geben wohl die mit der gegenwärtigen Regelung unleugbar verbundenen Uebelstände dem einen oder anderen aus diesen Kreisen irgend ein Verlangen nach durchgreifenden Reformen öffentlich laut geworden, abgesehen von der Kassenbürokratie, welche eine Verallgemeinerung der Krankenversicherung unter Beibehaltung der bisherigen Organisation fordert, also vor allem die Stärkung der eigenen Machtstellung — natürlich auf Kosten der Aerzte — erstrebt. Daß es gerade Aerzte sind, welche für die Verstaatlichung des Heilwesens einsetzen, hat darin seine Ursache, daß sie vermöge ihrer Einsicht in die Bedingungen des Verhütens und Heilens der Krankheiten am ehesten die Mängel des heutigen Systems erkennen. Mit der sonstigen politischen Ueberzeugung hat die Stellungnahme in dieser Frage nichts zu tun. Nicht nur sozialdemokratische Kollegen treten für vollständige oder partielle Verstaatlichung des Heilwesens ein, auch Aerzte anderer politischen Richtungen bekennen sich zu dieser Forderung. Das zeigt auch die vorliegende Veröffentlichung. Wenn uns auch nicht die politische Richtung aller Mitarbeiter der Denkschrift bekannt ist, so wissen wir doch von einigen bestimmt, daß sie nicht Sozialdemokraten sind, und doch fordern alle, mindestens für gewisse Gebiete, die Verstaatlichung. Ein einheitlicher Plan liegt den verschiedenen hier vereinigten Arbeiten nicht zu Grunde. Lungwitz, der wohl hauptsächlich die Verhältnisse in den Städten im Auge hat, empfiehlt eine allgemeine staatliche Krankenversicherung mit freier Arztwahl, wobei die Bezahlung des einzelnen Arztes sich aus einem festen Gehalt und Zuschlägen entsprechend der Zahl der Einzelleistungen zusammensetzt; in der Hauptsache will er also den ärztlichen Einzelbetrieb in der heutigen Form erhalten. Grumach entwirft für das Land ein System der Verstaatlichung, bei welchem die ärztliche Versorgung ausschließlich in öffentlichen Ambulatorien, Krankenstuben und Krankenhäusern geschieht durch staatlich angestellte Aerzte mit festen Dienststunden, abgestuften Gehältern usw., kurz, mit vollständiger Beamteneigenschaft. Dührssen tritt für die Verstaatlichung der Geburtshilfe ein; jede Frau solle darnach in einer staatlichen Anstalt entbunden werden. Die übrigen Mitarbeiter besprechen die Verstaatlichungsfrage für spezielle Gebiete: Krämer für die Tuberkulose, Enge für das Irrenwesen, Dreuw macht eingehende Vorschläge für die staatliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die er zu einem Gesetzentwurf verdichtet, der vieles Brauchbare enthält, aber auch manches, das vom ärztlichen Standpunkt aus abgelehnt werden muß. Alles in allem ist in den vorliegenden Vorschlägen zwar keine abschließende Arbeit geleistet, es sind aber wertvolle Anregungen gegeben, die bei einer künftigen Neuregelung des Heilwesens Berücksichtigung verdienen. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Hier wurde ein „Wirtschaftlicher Röntgenverband“ gegründet, der eine wirtschaftliche Vereinigung aller Röntgenärzte und ärztlich geleiteter Röntgeninstitute erstrebt. Berliner können als ordentliche, außerhalb Berlins Wohnende als außerordentliche Mitglieder beitreten. Auskunft erteilt der Schriftführer Dr. Priwin, Kaiser-Allee 14.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Professor Dr. Nathan Zuntz, der bekannte Physiologe, ist im Alter von 72 Jahren gestorben. Der Dahingeschiedene, aus Bonn gebürtig, hatte in seiner Vaterstadt Medizin studiert, und nach seiner Promotion und Approbation 1868 unter Pflüger sich der Physiologie zugewandt. Seit 1871 Privatdozent in Bonn und bald darauf Dozent an der landwirtschaftlichen Akademie Poppelsdorf wurde er 1881 Professor der Tierphysiologie an der landwirtschaftlichen Hochschule in Berlin und Leiter des zugehörigen physiologischen Instituts. Vor etwa einem Jahr trat er in den Ruhestand. Seine Arbeiten betrafen besonders die Physiologie des Blutes (Blutgase), der Atmung, des Stoffwechsels und der Ernährung. Auch verfaßte er, zusammen mit A. Loewy, ein Lehrbuch der Physiologie.

Im Alter von fast 55 Jahren erlag der Grippe Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Alfred Neumann, Direktor der chirurgischen Abteilung am städtischen Krankenhaus Friedrichshain. Er hatte seine ganze Laufbahn an diesem Krankenhaus durchgemacht. Zuerst Assistent von Fürbringer an der inneren Abteilung, trat er bald zur chirurgischen Abteilung unter Eugen Hahn über, wurde 1894 chirurgischer Oberarzt und 1902 nach Hahns Tode dessen Nachfolger als Direktor der chirurgischen Abteilung. Neumanns wissenschaftliche Arbeiten beziehen sich vorwiegend auf die Bauchchirurgie.

Oberstabsarzt Professor Martineck wurde an Stelle des verstorbenen Prof. Schwiening mit der kommissarischen Leitung der ärztlichen Abteilung des Reichsarbeitsministeriums beauftragt. Der Entdecker der Malariaplasmodien Charles Laveran in Paris, Mitglied des Instituts Pasteur, seit 1910 Ehrenmitglied der Berliner medizinischen Gesellschaft, hat den Vorstand ersucht, ihn von der Liste der Ehrenmitglieder zu streichen.

Frankfurt a. M. Prof. Dr. Martin Freund, Leiter des chemischen Instituts der hiesigen Universität, starb im Alter von 57 Jahren. Der Verstorbene hatte seine Laufbahn als Vorlesungsassistent von A. W. v. Hofmann in Berlin begonnen, 1888 habilitierte er sich dort als Privatdozent und übernahm gleichzeitig unter O. Liebreich die Leitung der chemischen Abteilung des pharmakologischen Instituts; seit 1896 wirkte er als Dozent und Leiter des chemischen Laboratoriums des physikalischen Vereins in Frankfurt a. M., wo er bei Begründung der Universität ordentlicher Professor wurde. Von seiner Tätigkeit unter Liebreich her hatte er ein lebhaftes Interesse für die Pharmakochemie; er stellte u. a. das Stypticin und neuerdings das Eukodal dar.

Bonn. Der Privatdozent und Oberarzt an der chirurgischen Universitätsklinik Prof. Capelle wurde zum leitenden Arzt des Krankenhauses Nymphenburg in München berufen.

Dresden. Der Landesgewerbearzt und vortragende Rat im sächsischen Arbeitsministerium Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med. Adolf Thiele ist zum ordentlichen Mitglied der ersten Abteilung des sächsischen Landesgesundheitsamts und zum Mitglied des Landesausschusses zur Bekämpfung der Tuberkulose in Sachsen ernannt worden.

Leipzig. Die Privatdozenten in der Leipziger medizin. Fakultät Dr. Georg Herzog (patholog. Anatomie), Dr. Artur Seitz (Hygiene) und Dr. Walther Sulze (Physiologie) wurden zu außerordentlichen Professoren ernannt.

Heidelberg. Der stellvertretende Direktor des Staatsinstituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., a. o. Professor Dr. med. Hans Sachs wurde unter Verleihung der Amtsbezeichnung eines ordentlichen Professors zum Direktor der wissenschaftlichen Abteilung des Instituts für experimentelle Krebsforschung an der Universität Heidelberg ernannt.

Durch Herrn Behringer in Bielefeld wurde der hiesigen Universität ein Kapital von 500 000 Mark zur Erforschung der Eiweißstoffe zur Verfügung gestellt. Die neue Forschungsanstalt erhält die Bezeichnung „Institut für Eiweißforschung“ und steht unter Leitung des Direktors des physiologischen Instituts Prof. Dr. Albrecht Kossel, auf dessen Anregung die Gründung erfolgt ist.

Freiburg. Dr. Rominger hat sich als Privatdozent für Kinderheilkunde habilitiert.

Karlsruhe. Dr. Holtzmann, Obergewerbearzt und Privatdozent für Hygiene an der hiesigen technischen Hochschule, wurde zum a. o. Professor ernannt.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die Meningokokken- (Genickstarre-) Sera mit den Kontrollnummern 11 und 12, geschrieben: „Elf und zwölf“, aus der Chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt sind vom 1. Januar 1920 ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 12. Januar 1920.

Der Polizeipräsident.
I. A.: Dr. Schlegtendal.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

PANTOPON

die völlige Erschließung der Opiumdroge. — „Cewega" Grenzach (Baden).



Prof. Dr. Schleichs Präparate
(medizinische und kosmetische)
sind in Friedensqualität sämtlich wieder lieferbar;
besonders **Wachs-Marmorseife, Peptonpasta, Pasta serosa, Salia anaesthetica** usw. usw.
Chemische Fabrik Schleich, G. m. b. H.
Berlin N 39, Gerichtstrasse 12/13.

(ges. gesch.) **Supersan** *(ges. gesch.)*
zur Behandlung der **Tuberkulose, Pneumonie, Bronchitis, Pertussis** und **Sepsis puerperalis** als auch gegen **Grippe.**
1 Originalfl. = 30 ccm Inh. **15.—** M.
Literatur sendet den Herren Aerzten auf Wunsch zu die
Kronen-Apotheke, Breslau V.



CALCIRIL

ein Kalkpräparat
(Verbindung von Chlorkalzium, diglycolsaurem Kalzium, glycolsaurem Natrium)

Kräftigungs- und Arzneimittel mit weitem Indikationsgebiet

Packung: Schachtel mit 100 Tabletten zu 1 g
Gebrauchsanweisung: 6—15, Kinder 3—9 Tabletten täglich
Calciril wird am besten genommen, indem man die Tablette im Munde zergehen läßt.

JOD-CALCIRIL
BROM-CALCIRIL

Jod- bezw. Brom-Kalkverbindung
gewährleisten ohne schädliche Begleiterscheinungen Erhöhung der **Toleranz für Jod und Brom** und neben der spezifischen Wirkung die **Kräftigung des Organismus.**

Jod-Calciril
a) 20 Tabletten zu 0,4 g
b) 75 Tabletten zu 0,4 g (Jede Tablette enthält 0,13 g Kal. jodat.)
c) „stark", 30 Tabletten zu 1 g (Jede Tablette enthält 0,325 g Kal. jodat.)

Brom-Calciril
30 Tabletten zu je 1 g (Jede Tablette enthält 0,5 g Kal. bromat.)

Versuchsproben und Literatur sendet auf Wunsch kostenlos die Firma
Calcion-Gesellschaft m. b. H.,
Berlin, Nollendorfstraße 28—31.

Uricedin-Stroschein

Von Autoritäten vielfach empfohlenes, unschädliches Präparat zur Bekämpfung der **harnsauren Diathese und ihrer Folgeerscheinungen:** akute, chronische und rheumatische Gicht, Nierensteine, Blasensteine, Harngries, Arteriosklerose, Störungen der Cirkulations- und Verdauungsorgane, Angina pectoris, Nierenerkrankungen usw.
In Körner- und Tablettenform. — Muster und Literatur an die Herren Aerzte kostenlos.
J. E. Stroschein Chemische Fabrik, G. m. b. H., Berlin SO. 36, Wiener Straße 57 f.



Patienten-Journal

Allgemeine ärztliche Buchführung

Probeformulare versendet **Verlag Oscar Coblentz, Berlin W 30.**

„Herpelibrin-Salbe"

(ges. geschützt)

das Spezifikum gegen Skabies, Pseudokrätze, Akne und entzündliche Ekzeme der Haut

von schmerz- und juckreizstillender Wirkung.

Hervorragende Granulation

Rp. Original-Porzellan-Kruke ½ Pack. Mk. 4.—
" " " ¹/₁ " " 6.—

Alleiniger Hersteller:

Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate Robert Poenitz, Delmenhorst i. Old.

Urtiarsyl

Spezifikum gegen Gicht

auf der Grundlage von arseniger und Ameisensäure in Ampullen

nach der jahrelang bewährten Methode des

Geh. San.-Rat Dr. Gemmel

Badearzt in Bad Salzschlirf.

Indikationen: Akute und subakute Gicht, chronische und irreguläre Gichtformen (sogen. chronischer Rheumatismus), neuralgische Form der Gicht, Pseudoischias usw.

Bequeme und schmerzlose Anwendung. **Ambulante Behandlung.**

Ausführliche Literatur zu Diensten.

Preis einer Injektionskur von 18 Ampullen M. 4.—.

Zu beziehen durch die Apotheken oder den Fabrikanten:

Bernhard Hadra, Apotheke zum weißen Schwan, Medizinisch-Pharmazeutische Fabrik und Export, **Berlin C 2,** Spandauer Straße 40.

Menthasept

ges. geschützt

hat sich infolge seiner vorzüglichen, prompten Wirkung guten Eingang verschafft und gilt in Aerztekreisen als

bestes

innerliches keimtötendes Mittel. Verlangen auch Sie bitte Muster dieses in tausenden von Fällen als sicher erprobten

Desinficiens

Kavakavin

ges. geschützt

Vorzüglich bewährt bei allen Leiden der Blase und der Harnwege. Nach dem Urteil berühmter Kliniker, die dasselbe ständig verordnen, als

bestes

und prompt wirkendes Mittel zu bezeichnen. Bestandteile sind: Kawa-Kawa aquos. sicc., Hexamethylentetramin und Ol. santali, deshalb ein unfehlbares

Antigonorrhoicum

Literatur und Proben gratis und franko zu Diensten.

Alleinige Fabrikanten:

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger

Bernau bei Berlin.

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W 30

Die preußische

Gebühren-Ordnung

für

approbierte Aerzte und Zahnärzte

vom 15. Mai 1896

Für die Bedürfnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis erläutert

von

Dr. Heinr. Joachim, Sanitätsrat, und Dr. Alfred Korn, Justizrat

Dritte gänzlich umgearbeitete Auflage

Preis incl. Porto: geheftet M. 18.50, gebunden M. 22.—

Hierzu erschien soeben:

Nachtrag:

Abänderung von Gebühren für die Kriegszeit vom 7. August 1918

Preis incl. Porto M. 3.75 (Nachnahmegebühren extra!)

Dieser von der Aerztewelt mit Sehnsucht erwartete **Nachtrag** enthält den Wortlaut der gesamten Gebühren-Ordnung vom 15. 5. 1896 und in übersichtlicher Anordnung **sämtliche Abänderungen,** welche **zurzeit** und **nach Inkrafttreten des Friedensschlusses noch ein volles Jahr Gültigkeit** haben. Er ist somit bei Aufstellung und Nachprüfung der Liquidationen ein

unentbehrlicher Ratgeber!



D. R. G. M. **SPECIFIKUM** D. R. P. ANG.

GEGEN MADEN- U. SPULWÜRMER

IN STÄNDIGEM GEBRAUCH DER UNIV.-KINDER-KLINIK ROSTOCK DIR. PROF. DR. H. BRÜNNING

EMULSIO-CHENOP. ANTH. CPS.

PROBEN UND LITERATUR KOSTENLOS



DEUTSCHE WERMOLIN WERKE

BERLIN

SW 11 / Königgrätzer Str. 66 / Amt Lützow 3642

Ultraviolett-Therapie

Original Höhensonne Hanau

Neuere Literatur:

Die Lichtbehandlung des Haarausfalls. Von Dr. Fr. Nagelschmidt, Berlin. 70 Seiten Oktav mit 87 Abbildungen.
Hauptvertrieb Sollux Verlag, Hanau, Postfach 31.
Preis geb. M. 6,60 zuzügl. Teuerungsaufschlag.

Diathermie und Lichtbehandlung des Auges. Von Dr. Koeppe, Halle a. S. 210 Seiten Oktav mit 63 Abbildungen.
Hauptvertrieb Sollux Verlag, Hanau, Postfach 31.
Preis geb. M. 18,00 zuzügl. Teuerungsaufschlag.

Skrofulose, ihre Ursachen, Bedeutung und Heilung. Ein Beitrag zur Bekämpfung des Lupus von Dr. med. F. Thedering, Oldenburg. 18 Seiten Oktav.
Hauptvertrieb Sollux Verlag, Hanau, Postfach 31.
Preis geb. M. 1,75 zuzügl. Teuerungsaufschlag.

Neu! Zum Auslegen in Wartezimmern und zur Verbreitung in Patientenkreisen: **Neu!**

Künstliche Höhensonne Original Hanau.
Eine Erläuterung für Nichtärzte von Hippolyt Meles. $1/2$ Oktav, 18 Seiten mit 2 Abbildungen. 10 Stück M. 1,50 beim Sollux Verlag, Hanau, Postfach 31.

Nähere Auskunft erteilt kostenlos und unverbindlich auf direkte Anfrage die

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau.

„PRAEVALIDIN"

Campher-Wollfettsalbe mit Wasserstoffsuperoxyd zur percutanen Einverleibung von Campher und Balsam peruvian.
Bestandteile: Campher, Balsam peruvian., Ol. Eucalypt.
Jede Dosis enthält 0,4 g Campher.
Wegen der herzroborierenden, expectorierenden und Appetit anregenden Wirkung indiziert bei Lungentuberkulose, Emphysem, Asthma nervosum, Bronch. chronic., Influenza, Anämie, Skrofulose u. Herzschwächezuständen. Jede Tube enthält 5 Dosen. Genaue Gebrauchsanweis. liegt jeder Tube bei. Preis der Tube für Erwachsene M. 3,—, für Kinder halbe Dosis) M. 2,—.
Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei u. Kämmerei in Döhren b. Hannover, Abt. Chem. Fabrik.

Neurophyllin-Pillen

(D. R. W. Z. — D. R. W. Z. a.)

Als Sedativum, Nervinum und Hypnoticum bei Aufregungszuständen aller Art, Angstzuständen der Melancholiker im Anfangsstadium der progressiven Paralyse, Erkrankungen der Entwicklungs- und Wechseljahre, sowie im Greisenalter, Depressionszuständen, Hysterie und Hypochondrie, Erregungszuständen der Diabetiker (Acidosis ausgeschlossen). / Wissenschaftlich erprobt und begutachtet.

Prospekte, Literatur und Muster durch

EUTECTAN-LABORATORIUM, Lübbenau N.-L.



Alkalischer **Mineralbrunnen,** ausgezeichnete Wirkung auf die Atmungs- und Verdauungsorgane, Stoffwechsel fördernd.
Vorbeugend und heilend bei
Infektionskrankheiten, Lungenleiden, Magen- und Blasenkatarrhen und Nierenleiden
Prospekte durch:
Glashäger Mineralquellen G. m. b. H., Doberan i. M.

Großherzogin Karolinen-quelle

Heilbrunnen des Kurbades Eisenach

Kalkhaltige sulfatische Kochsalzquelle

indiziert bei:

allgem. Ernährungsstörungen; katarrh. Zuständen des Verdauungskanals und seiner Anhänge Leber, Gallenblase, Pankreas; Plethora; Exsudatbildungen in der Leibeshöhle; Nierenleiden; Stoffwechselstörungen wie Fettsucht, Gicht, harnsaure Diathese, Diabetes, Lymphatismus, Scrophulose, Rhachitis usw.; Rheuma; gewissen Frauenleiden; gewissen Neuralgien usw.

Ausführliche Literatur zur Verfügung

In Apotheken, Drogerien, Mineralwasserhandlungen usw.

Großherzogin Karolinenquelle A.-G.
Berlin W 35

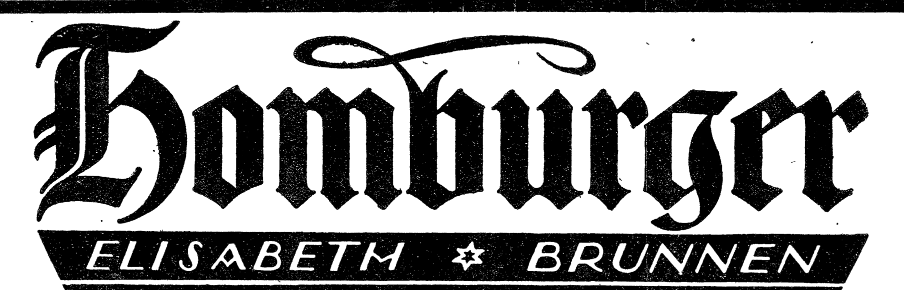
Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang Berlin, 3. April 1920 No. 14

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen.
Postämter sowie direkt vom Verlag.



Heilanzeigen:

Chronische Obstipation	Leberentzündungen
Fettleibigkeit	Lebertumoren
Funktionsstörungen des Magens	Stauungen im Pfortadersystem
Gicht (harnsaure Diathese)	Gallensteine
Hämorrhoiden	Gelbsucht
Koprostase	Rachenkatarrh
Darmkatarrhe	Magen-Darmkatarrh
Stauungserscheinungen im Darm	Anschwellung der Milz
Leberanschwellungen	Milztumoren

Zweckmäßige Trinkkuren im Hause ohne Berufsstörung.

Proben — Anweisungen — Literatur

BRUNNEN-VERWALTUNG BAD HOMBURG

VERSANDSTELLE: **PHARMAKON G. M. B. H., FRANKFURT a. M.**

Kein Jodtinktur-Mangel mehr!

Auf Grund eingehender ärztlicher Erprobungen kann das von uns seit Jahren alleinig hergestellte Specialpräparat

„HERPELIBRIN-liquidum"

(ges. gesch.)

als vollwertiger Ersatz für TINKT. JODII

angesehen werden.

Besonders festgestellte Vorzüge des „HERPELIBRIN-liquidum" gegenüber der Tinct. Jodii sind:

I. Absolute Ausschaltung von Reizerscheinungen,
II. Vollkommene Reinlichkeiten bei den Indikationen, da „HERPELIBRIN-liquidum" durch besondere Verfahren farblos gemacht ist,
III. Unbegrenzte Lieferfähigkeiten,
IV. Enorme Billigkeit der Preise gegenüber der heute ständig steigenden Konjunktur und Knappheit des Jodpräparates.

Die Preisnotierungen für „HERPELIBRIN-liquidum" sind:

500 Gr. . . .	Mk. 28.—	incl. Glas und Emballage	Korbfl. à 10 Kilo	Mk. 51.—	per Ko. excl. Glas und Emballage
1000 „ . . .	„ 54.—	„ „ „ „	„ à 25 „	„ 50.—	„ „ „ „ „ „
5000 „ . . .	„ 52.— per Ko.	„ „ „ „	Ballon à 60—70 Kilo .	„ 48.—	„ „ „ „ „ „

Sonderpreise für höhere Quantitäten auf gefl. Anfrage.

„HERPELIBRIN-liquidum" ist durch den pharmaz. Großhandel zu beziehen oder vom alleinigen Fabrikanten

Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate Robert Poenitz, Delmenhorst i. Old.

Telegr.-Adr.: Medikament. Fernruf 487.

89. Jahrgang Berlin, 3. April 1920 No. 14

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Dr. **von Neergaard** (Klosters): **Malariaerfahrungen im Hochgebirge und Beobachtung eigenartiger Pigmentausstoßung bei Plasmodium vivax.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 6.)

Verf. hat seine Erfahrungen an den aus der Gefangenschaft zur Internierung nach der Schweiz gesandten Malariakranken zusammengefaßt. Es war direkt auffallend, daß bei einem großen Teil dieser Kranken die Anfälle sofort oder bald nach der Verbringung ins Hochgebirge von selbst aufgehört haben. Hinsichtlich der Biologie der Plasmodien zeigte sich im Dunkelfeldpräparat wiederholt eine plötzliche Ablösung sog. Pigmentteilchen aus den Tertianaplasmodien und deren selbständige Fortbewegung. Lenz hat eine Proportionalität zwischen Außentemperatur und Sonnenscheindauer einerseits und der Zahl der Malariarezidive andererseits beobachtet. Als Ursache sieht Verf. den ungewohnten Temperaturreiz an. Was die Diagnostik angeht, gibt die Bestimmung der Milzgröße, namentlich in den leichteren Graden der Vergrößerung, leicht zu Irrtümern Anlaß, mag man die Perkussion oder die Palpation in Anwendung bringen. Letztere läßt sich am besten bei herabhängenden linken Arm in halb schräger Seitenlage vornehmen, wobei die Bauchdecken natürlich erschlafft sein müssen. Die Milzgröße ist für die Beurteilung der Schwere des Falles nicht zu verwenden.

Das Höhenklima übt auf die Infektion selbst keinen besonderen Einfluß aus; dagegen wirkt es ausgezeichnet auf die Sekundär-Erscheinungen, namentlich auch ausgeprägte Kachexie, Anämie, Malariabronchitis, Oedeme, Albuminurie, Abmagerung, Pulsbeschleunigung usw. Die Chininbehandlung sowie die Salvarsanbehandlung entsprechen nicht den Erwartungen. Am besten bewährt hat sich noch während des Anfalls die Injektion von 0,6 Neosalvarsan mit Darreichung von 2,5 Chinin am gleichen Tage und je 2,0 Chinin an den drei folgenden Tagen. Hirsch (Charlottenburg).

Sanitätsrat Dr. **Zander** (Berlin-Steglitz): **Ausgedehnte Endemie von Lungenentzündungen durch Infektion mit Friedländer'schen Pneumobazillen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 43.)

Wie Verfasser berichtet, herrschte vom Dezember 1916 bis April 1917 in einem Gefangenenlager unter Zivilarbeitern eine ausgedehnte Endemie von Friedländer-Pneumonien. Die Zahl der Erkrankungsfälle betrug 411, die der Todesfälle 144. In allen untersuchten Fällen wurden Friedländer'sche Pneumobazillen nachgewiesen, im Lungensputum oft in Reinkultur. Die Erkrankten standen im Alter von 17 bis 57 Jahren; die Mortalität war bei den Kranken höherer Altersstufen größer als bei den jüngeren Patienten. Offenbar wurde die Krankheit von Mensch zu Mensch übertragen; denn in der ortsansässigen Bevölkerung kamen damals nur verhältnismäßig wenige Fälle von Lungenentzündung vor. — Die Dauer des Fiebers schwankte bei den Erkrankten zwischen 2 und 48 Tagen, die durchschnittliche Fieberdauer betrug 9,5 Tage. Das Fieber fiel etwa ebenso oft kritisch wie lytisch ab. Verhältnismäßig häufig trat Empyem auf; in 20 Fällen wurde die Diagnose durch Punktion und nachfolgende Operation sichergestellt. Im Anfang trugen die Erkrankungen rein kruppösen Charakter, während sie später mehr unter dem Bilde der Bronchopneumonie auftraten.

Dr. **R. Bieling** und Dr. **K. Joseph**: **Zur spezifischen Bekämpfung der Grippe.** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 43.)

In dieser aus der bakteriologischen Abteilung der Höchster Farbwerke stammenden Mitteilung berichten die Verfasser, daß es gelingt, nicht nur von Kaninchen, sondern auch vom Pferd durch Behandlung mit geeigneten Stämmen von Influenzabazillen ein bactericides, antiinfektiöses Serum gegen Influenzabazillen herzustellen. Da nun bei der Grippe die Influenzabazillen zumeist mit Streptokokken kombiniert in Wirksamkeit treten, wurde ferner versucht, diesem Influenzaserum ohne Beeinträchtigung seiner Wirkung eine maximale Antistreptokokkenquote beizugeben. Es gelang in der Tat, durch geeignete Immunisierung von Pferden ein polyvalentes Grippeserum herzustellen, das mit der Wirkung des Antistreptokokkenserums jene des reinen Influenzaserums verbindet. Dieses polyvalente Grippeserum, das in sterilen Ampullen zu 25 und 50 ccm ohne Zusatz eines Desinficiens abgegeben wird, führte bei den bisherigen praktischen Prüfungen zu befriedigenden Ergebnissen. Es wird intravenös oder intramuskulär angewendet und verleiht bei prophylaktischer Injektion auch einen kurz dauernden Impfschutz. Es gelang ferner, auch eine polyvalente Influenza-Vakzine zur aktiven Immunisierung herzustellen, welche einen länger dauernden Impfschutz verleiht. Größere Mengen dieser Vakzine können Fieber hervorrufen; Dosen von 0,2 einer Aufschwemmung mit 1000 Millionen Keimen im Kubikzentimeter werden jedoch bei subkutaner Injektion immer fieberlos ertragen. Im Laufe der Behandlung steigt die Resistenz des Organismus gegen die Vakzine, so daß bei der zweiten Injektion 1 ccm der gleichen Aufschwemmung kein Fieber mehr macht. Diese Vakzine ermöglicht es, dort, wo größere Mengen von Menschen einer Grippeinfektion besonders ausgesetzt sind, wie in Krankenhäusern, Schulen, die Ausbreitung der Grippeinfektion einzudämmen.

Dr. **G. Kickhefel** (Berlin): **Lähmung des weichen Gaumens nach Grippe.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 41.)

Verfasser beobachtete im Berliner Universitätsambulatorium für Stimm- und Sprachstörungen im Verlauf der letzten Grippe-Epidemie in 4 Fällen Lähmungen oder vielmehr nur Paresen des weichen Gaumens, welche im Anschluß an die Grippe-Erkrankung entstanden waren; es handelte sich zweimal um Kinder von 5 resp. 8 Jahren, zweimal um weibliche Erwachsene von 16 resp. 33 Jahren. Vorherige Diphtherie war in allen Fällen auszuschließen.

Dr. **J. E. Kaiser-Petersen** (Frankfurt a. M.): **Ueber die Beziehungen zwischen Grippe und Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Entstehung zentraler Lungentuberkulose nach Grippe.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 44.)

Bei bestehender Lungentuberkulose hängt nach den hier mitgeteilten Beobachtungen des Verfassers der Verlauf der Grippe in hohem Maße von dem Grad der tuberkulosen Erkrankung ab. Beginnende Spitzenprozesse und gutartige zirrhotische Fälle bleiben im allgemeinen unbeeinflußt, während bei schweren Fällen eine verhängnisvolle Wendung einzutreten pflegt. Jedoch beobachtete Verfasser einen Fall von Spitzentuberkulose, bei dem gleichzeitig mit einer Grippepneumonie eine kleinknotige Aussaat von Tuberkeln auftrat und zum Tode führte. Neuerkrankungen an Lungentuberkulose, d. h. Manifestwerden latenter, vorher nicht nachweisbarer Tuberkulose kommt nach Grippe vor. Die physikalische Untersuchung und das Röntgenbild ließen in derartigen Fällen eine bemerkenswerte zentrale Lokalisation deutlich erkennen. Diese Tatsache führt Verfasser darauf zurück, daß die Grippe mit einer erheblichen Anschwellung der mediastinalen Lymphdrüsen einhergeht, die noch längere Zeit anhalten kann und die einen locus minoris resistentiae für die Ansiedlung bezw. Ausbreitung der Tuberkulose bildet. Es verhält sich hier ähnlich wie bei den Masern. Schließlich berichtet Verfasser über einen von ihm beobachteten Fall von chronischer Pneumonie, der höchstwahrscheinlich als Grippefolge anzusehen ist.

Dr. **G. Schröder** (Heilanstalt Schömberg): **Experimenteller Beitrag zur Kenntnis des Friedmannschen Tuberkulosestammes.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 41.)

Die von Verfasser neuerdings vorgenommenen, hier mitgeteilten Infektionsversuche mit einer aus dem Friedmannschen Impfstoff gezüchteten Kultur ergaben zweifellos eine Pathogenität des verwendeten Friedmann-Stammes für das Meerschweinchen, die sich durch Tierpassage ganz erheblich steigern ließ. Bei der dritten Serie der Tiere war bereits eine sehr ausgedehnte Phthise des Meerschweinchens das Versuchsergebnis. Die histologische Untersuchung ergab einwandfrei Tuberkulose. In einem Versuch an Kaninchen fand Verfasser ferner, daß der Friedmann-Stamm nicht vor den Wirkungen einer nachfolgenden Infektion mit bovinen Tuberkelbazillen schützt.

Dr. **Otto Sinn** (Bonn): **Ueber Neurorezidive nach reiner Salvarsan- und Silbersalvarsanbehandlung.** (München. med. Wochenschrift 1919, Nr. 43.)

Wie Verfasser berichtet, kamen vor kurzem in der Bonner Universitäts-Hautklinik fünf Neurorezidive nach Salvarsanbehandlung vor. Bei drei der Kranken war Altsalvarsan in konzentrierter Lösung zur Anwendung gekommen; bei diesen traten einige Wochen oder Monate nach der Kur Rezidive seitens des Nervensystems auf. Ein weiteres Neurorezidiv trat bei einem Kranken auf, der von anderer Seite wegen Albuminurie nach früherer Nephritis nur mit Neosalvarsan ohne Hg behandelt worden war. Bei dem fünften Kranken trat das Neurorezidiv 1 Monat nach Beendigung einer kräftigen Silbersalvarsankur auf. In zwei Fällen betraf die Erkrankung den Fazialis und Acusticus, einmal den Fazialis allein; in einem Fall war beiderseits der Opticus befallen (Stauungspapille mit Blutungen), außerdem der linke Abducens und der rechte Oculomotorius, im letzten Falle bestand nur Ungleichheit und Lähmung resp. Parese der Pupillen. Schließlich kam noch ein Todesfall an Encephalitis haemorrhagica im Beginn einer Silbersalvarsankur, die mit einer Quecksilberkur kombiniert war, vor. Der 21 jährige Kranke hatte im ganzen 0,65 Silbersalvarsan in 3 Einspritzungen erhalten.

Dr. **W. Pfalz** (Düsseldorf): **Zur Behandlung von Herzkranken mit Traubenzuckerinfusionen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 43.)

Die von Büdingen bei Herzkrankheiten empfohlenen intravenösen Traubenzuckerinfusionen (pro dosi 200—300 ccm einer 12—20 proz. Traubenzuckerlösung) wurden in der Düsseldorfer medizin. Klinik bei einer Anzahl von Herzkranken angewendet. Ueber die Ergebnisse berichtet Verf. folgendes. Sie werden von den Kranken fast immer subjektiv angenehm empfunden, die Herzschmerzen verschwinden häufig, Anfälle von Angina pectoris werden seltener. Damit einher geht häufig eine Hebung des Allgemeinzustandes. Am Herzen war in einem Falle ein Lauterwerden der Herztöne und ein Verschwinden von akzidentellen Geräuschen zu konstatieren. Die Pulsfrequenz ändert sich nicht, ebensowenig der Blutdruck, dagegen wurde in einem Fall der Pulsus alternans zum Verschwinden gebracht und die Anspruchsfähigkeit des Herzens auf Digitalis wiederhergestellt. In einem Falle wurde auch die Diurese gebessert. Zucker im Harn trat nach den Infusionen niemals auf. Relativ häufig wurde Fieber nach den Infusionen beobachtet (niemals länger als 24 Stunden). Irgend welche Schädigungen durch die Infusionen wurden in keinem Falle beobachtet.

Privatdozent Dr. **Hermann Zondek** (Berlin): **Behandlung der Herzdilatationen bei Schilddrüseninsufficienz.** (Therapie der Gegenwart 1919, Oktoberheft.)

Wie Verfasser schon früher mitgeteilt hat, treten bei Myxödematösen stets früher oder später Herzdilatationen auf. Es kann dabei zu außerordentlich starken Erweiterungen beider Herzhälften kommen, daneben besteht Bradykardie, wechselnde systolische Geräusche über allen Ostien, während der Blutdruck sich auf normaler Höhe bewegt. Dabei findet sich meistens Kurzatmigkeit, leichte Cyanose, gelegentlich Unbehagen und Sensationen in der Herzgegend, selten aber kommt es zu Oedemen oder andersartigen Stauungen. Nach Z. gibt es zahlreiche abortive Mixödemfälle, bei denen sich die charakteristischen Symptome nur angedeutet finden, aber eine durch Schilddrüseninsufficienz bedingte Herzerweiterung besteht. Für das Myxödemherz ist das Elektrokardiogramm charakteristisch (Fehlen der Vorhofszacke, Nachschwankung). Was nun die Behandlung anlangt, so sind bei den durch das Myxödemherz hervorgerufenen Störungen nach Z. Digitalispräparate wirkungslos, dagegen bewährt sich das Thyreoidin als Spezificum. Alle subjektiven und objektiven Störungen bessern sich; schon nach 4—8 Wochen ist die Herzgröße normal; auch das Elektrokardiogramm wird normal. Man gibt am besten Thyreoidinpulver (3 mal täglich 0,1 g). Thyreoidintabletten sind nach Z. weniger wirksam. Zunächst wird Thyreoidin etwa 8 Wochen lang gegeben; dann pausiert man 2 Wochen, gibt es wieder 2 Wochen lang und setzt wieder für 4—6 Wochen aus. Der beste Wegweiser für die Behandlung ist das Elektrokardiogramm. Meist bieten schon die Angaben der Kranken über ihr Befinden genügende Anhaltspunkte.

Professor Dr. **M. Mosse** (Berlin): **Atemgymnastik.** (Therapie der Gegenwart 1920, Februar.)

Verfasser hebt die altbekannte Bedeutung der Atemgymnastik für Lungen- und Brustfellkranke hervor, nachdem er sich von ihrem Wert bei Lungenschüssen, Lungenentzündungen, Brustfellentzündungen, Bronchialasthma, Bronchitis, Emphysem, Lungentuberkulose, Brustquetschung, Empyem überzeugen konnte. Nach Möglichkeit sollen die Uebungen im Sommer und im Winter stattfinden. Zur Feststellung diaphragmatischer Adhäsionen ist die Röntgendurchleuchtung nicht zu umgehen. Die Lungengymnastik muß nur konsequent durchgeführt werden. Das ist um so leichter, als diese Kur nicht mit erheblichen Kosten verbunden ist, und ohne weiteres in der Hauspraxis, ja sogar in der Kassen- und Armenpraxis Verwendung finden kann.

Hirsch (Charlottenburg).

Prof. **Gustav Singer** (Wien): **Hypertonische Magen-Darmblutung.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 41.)

Verfasser zeigt an 2 Fällen, daß mit Hypertonie einhergehende Gefäßerkrankungen zu schweren Magendarmblutungen führen können, ohne daß eine Geschwürsbildung vorliegt. In dem ersten der beiden mitgeteilten Fälle handelte es sich um eine 47 jährige Frau, bei welcher eine Reihe von Tagen eine Darmblutung bestand, nachdem sie schon früher an einer Lungenblutung, sowie einer Gebärmutterblutung gelitten hatte. Als Ursache der Blutungen wurde bei der Patientin eine mit starker Blutdruckerhöhung einhergehende Polyzythämie (Zahl der roten Blutkörperchen 8 Millionen) festgestellt. Der zweite Fall betraf einen 56 jährigen Mann, welcher an schwerster Magen- und Darmblutung ohne frühere Magen- und Darmerscheinungen erkrankte. Auch hier bestand noch nach der schweren Blutung geringe Blutdruckerhöhung; die weitere Untersuchung ergab als Grundkrankheit ein Aneurysma der Aorta auf syphilitischer Grundlage. Verfasser betont, daß in Fällen wie die vorliegenden die richtige Diagnose von großer Wichtigkeit ist, um zwecklose chirurgische Eingriffe, die nur schaden könnten, zu verhüten.

Dr. **P. Zencker** (Cannstatt): **Die Durchschneidung des Nervus laryngeus superior als sicherste Anästhesierung des tuberkulösen Kehlkopfes und als Heilmittel der tuberkulösen Kehlkopfentzündung.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 41.)

Zur Bekämpfung des Schluckschmerzes bei Kehlkopftuberkulose empfiehlt Verfasser die auch schon von anderen ausgeführte Durchschneidung des Nervus laryngeus superior. Sie ermöglicht den Kranken mit Heilungsaussichten die durchaus nötige Ueberernährung; bei hoffnungslosen Kranken vermindert sie die Qualen der letzten Lebenszeit. Der Eingriff bahnt, wie Verfasser in einem von ihm doppelseitig operierten Fall beobachtete, auch die Heilung an, insofern als die starke entzündliche Schwellung darnach sofort zurückgeht. Er ist somit besonders angezeigt bei Kranken mit Ausheilungsmöglichkeit der Lungentuberkulose. Die Ope-

ration erfordert keine spezialistische, sondern nur allgemein chirurgische Fertigkeit und kann in Lokalanästhesie gemacht werden.

Dr. **J. Sassower** (Wien): **Ein Fall von vollkommenem Kehlkopfverschluß nach Intubation und Sekundärtracheotomie.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 43.)

Ein dreijähriges Kind wurde wegen Diphtherie intubiert und nach 5½ Wochen aus dem Spital als geheilt entlassen. Seit der Intubation bestanden Atembeschwerden, nach 14 Monaten wurde die Atemnot so groß, daß das Kind tracheotomiert werden mußte. Seit dieser Zeit trug das Kind dauernd die Kanüle. Fast 6 Jahre später erkrankte das Kind an Grippe und starb. Die Sektion ergab einen vollständigen Verschluß des Kehlkopfes. Die durch die Intubation erzeugte Ulzeration war nämlich von der Schleimhaut auf den Knorpel übergegangen, wodurch schließlich der Ringknorpel gänzlich zu Grunde ging. Seines Stützgewebes beraubt, fiel der Kehlkopf in sich selbst zusammen und durch das sich dann bildende Narbengewebe trat ein vollständiger Verschluß des Kehlkopfes ein. In der Narbenmasse fanden sich mehrere Knochenstückchen (Metaplasie von Bindegewebe zu Knochen oder Verknöcherung des Perichondriums).

Dr. **J. Zadek** (Neukölln): **Zur Therapie der kryptogenetischen perniziösen Anämie.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 41.)

Da Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen mit E. Grawitz der Ansicht ist, daß ein Teil der perniziösen Anämien intestinalen Ursprungs (Autointoxikation vom Magendarmtraktus aus) ist, empfiehlt er für die kryptogenetischen perniziösen Anämien folgende Behandlung: Völlige Bettruhe bis zum sicheren Eintritt der Remission, d. h. mindestens 4—6 Wochen, dann vorsichtig dosiertes Aufstehen, vorwiegend Milch-, Gemüse-, Brei-, Obstdiät, 2 mal wöchentlich gekochtes Fleisch, keine Wurst oder Räucherwaren, wenig Käse und Eier, Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr, per os 3 mal täglich 20 ccm Mixtura acida oder 20 Tropfen Salzsäure, nach dem frühen Abendessen 20 g Mercksche Tierkohle in Oblaten. Jeden zweiten Tag subkutane Injektionen von Natr. arsenicos. 0,1 : 10, beginnend mit einem Teilstrich der Pravazspritze, um je einen Teilstrich steigend bis 1 ccm, in schweren Fällen bis 2 ccm, 1—2 Wochen lang Injektionen derselben Menge, dann ebenso auf 0,1 cm zurückgehend; wöchentlich eine intravenöse Neosalvarsaninjektion und zwar 0,15, 0,3, 0,45 g im ganzen 4—6 mal. Täglich abwechselnd Magendarmspülungen, erstere nüchtern morgens mit 12—15 Liter lauwarmen Wassers, dem 3 g Natr. salicylic. oder Salol zugesetzt sind, letztere meist abends, am besten in Knie-Ellenbogenlage mit Kamillenteeabkochungen oder bei Neigung zu Obstipation Seifenwasser. Die Spültherapie wird meist bis zum Aussetzen des Arsens fortgesetzt, oft noch darüber hinaus, monatelang. Mit dieser Behandlung erzielte Verfasser in einer Anzahl von Fällen weitgehende, lang anhaltende Remissionen.

Dr. **Bernhard Paetsch** (Stettin): **Beitrag zur therapeutischen Verwertung der Hirnpunktion.** (Therapeutische Monatshefte 1910, Oktoberheft.)

Die Hirnpunktion wurde vor etwa 15 Jahren von E. Neißer zur Diagnose von intrakraniellen pathologischen Zuständen, vor allem von Tumoren und Abszessen, eingeführt und hat für diagnostische Zwecke sich das Bürgerrecht in der Neurologie erworben. Dagegen wird dieser Eingriff bisher zu therapeutischen Zwecken nur selten angewendet. Verfasser berichtet nun aus der Neißer'schen Abteilung über einige Fälle, welche den therapeutischen Nutzen der Hirnpunktion beweisen; sie kann zur Entleerung von intrakraniellen Blutergüssen und Traumen sowie zur Entleerung von Hirnzysten benutzt werden. In einem Falle letzterer Art wurde die Punktion im Verlauf von 9 Jahren 4 mal mit Erfolg gemacht. Die Fälle beweisen, daß die Hirnpunktion unter Umständen die viel eingreifendere Trepanation zu therapeutischen Zwecken ersetzen kann.

Dr. **O. Wassertrüdinger** (Charlottenburg-Westend): **Erfahrungen mit Vuzin.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 44.)

Verfasser berichtet zunächst über die Anwendung des Vuzins beim Erysipel. Die Erysipele wurden zirkulär mit Vuzinlösung umspritzt. Zur Anwendung kam eine Lösung 1 : 1000 mit Zusatz von ½ Proz. Novocain. Es wurde immer ein gejodeter Streifen etwa 2 Querfinger von der sichtbaren Grenze des Erysipels subkutan mit langer Kanüle infiltriert. Die Erfolge waren an den Erysipelen der Gliedmaßen gut, nur in einem Fall trat ein Rezidiv auf. Von 3 Gesichts- und Kopferysipelen wurden 2 geheilt, ein Fall endigte in wenigen Tagen tötlich (von Oberlippenfurunkel ausgegangenes Gesichts- und Kopferysipel). Ferner wurden Drüsenabzesse mittels Punktion und nachheriger Einspritzung von Vuzinlösung mit Erfolg behandelt. In einem Falle von parenchymatöser Mastitis, der nach Rosenstein mit Vuzin behandelt wurde, kam es zur Bildung eines großen Abszesses, der inzidiert und dräniert werden mußte. — In vier Fällen von Sehnenscheidenphlegmone wirkte die Vuzineinspritzung trotz Kombination mit Bier'sche Stauung, entschieden ungünstig.

Gerhard Denecke (Greifswald): **Fünf atypische Fälle von Erythema nodosum.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 44.)

In der medizinischen Universitätsklinik zu Greifswald kamen im April und Mai vorigen Jahres 5 Dienstmädchen im Alter von 16 bis 22 Jahren zur Aufnahme, welche in ziemlicher Uebereinstimmung folgenden Befund zeigten: Im unteren Drittel der Unterschenkel dicht über dem Knöchel rot und blaurot gefärbte Flecke; die Haut an diesen Stellen etwa handbreit geschwollen, glatt, mit spiegelnder Oberfläche; beim Druck unter Glas verschwindet die Rötung und zeigt blassen Grund. Die Flecke sind unregelmäßig, aber deutlich begrenzt, die Verfärbung zeigt eine gewisse Marmorierung. Die Haut liegt fest auf der Unterlage und ist von derber Konsistenz, der Fingerdruck, der als etwas schmerzhaft angegeben wird, bildet keine Delle. Die Haut zeigt beim Zusammenpressen von beiden Seiten feinste Fältelung. Alle 5 Patientinnen hatten am Herzen einen auf eine Affektion des Endokards hindeutenden Befund, außerdem bestanden bei allen Schmerzen in den Unterschenkeln und Füßen, und Luftmangel beim Laufen, Treppensteigen usw. Nach Verfasser handelt es sich in den 5 Fällen um Erythema nodosum. Atypisch dabei war der chronische, fast fieberlose Verlauf und die geringe Druckschmerzhaftigkeit.

Dr. **Fritz Partsch** (Dresden): **Ueber gehäuftes Auftreten von Osteomalacie.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 41.)

Nach der Angabe des Verfassers wurden auch in Dresden im Laufe des vorigen Jahres Fälle von Osteomalazie in erhöhter Anzahl beobachtet. Die Mitteilungen betreffen das Auftreten der Knochenerweichung im höheren Lebensalter. Wie Verfasser berichtet, fanden sich z. B. unter 212 Sektionen im Stadtkrankenhaus Friedrichstadt innerhalb 2 Monate 15 Fälle, in denen die Osteomalarie anatomisch festgestellt wurde. Es handelt sich um 4 Männer im Alter von 42 und 65—81 Jahren und 11 Frauen von 64—83 Jahren. Die Befunde werden im einzelnen mitgeteilt. Außerdem wurde auch bei den weiblichen Insassen der Heil- und Pflegeanstalt ein gehäuftes Auftreten von Osteomalarie beobachtet. Als Ursache sieht auch Verfasser die qualitativ und quantitativ unzureichende Ernährung an.

Dr. **Julius Hass** (Wien): **Zur Kenntnis der Osteopsathyrosis idiopathica.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 44.)

Verfasser berichtet über einen Fall von idiopathischer Osteopsathyrosis. Man bezeichnet mit diesem Namen eine in früher Jugend auftretende Knochenbrüchigkeit, bei welcher Frakturen schon auf ganz geringfügige Insulte entstehen. Im vorliegenden Falle handelt es sich um einen 6 jährigen Knaben, welcher seit dem Ende des zweiten Lebensjahres im ganzen neunmal bald den linken, bald den rechten Oberschenkel, einmal auch den linken Unterschenkel sich gebrochen hatte. Die abnorme Knochenbrüchigkeit geht gewöhnlich mit blauer Sklera einher. Die blaue Verfärbung der Sklera beruht auf Dünnheit derselben; infolgedessen schimmert die Uvea durch. Die blaue Sklera findet sich auch im vorliegenden Falle. Es handelt sich um eine erbliche Anomalie. Die Mutter sowie ein Bruder der Mutter haben ebenfalls bläulich verfärbte Skleren und haben ferner jeder mehrere Frakturen ohne erhebliche Veranlassung erlitten. Außerdem besteht bei beiden Personen Schwerhörigkeit. Progressive Schwerhörigkeit (Otosklerose) gehört ebenfalls zu dem vorliegenden Krankheitsbild. — Bemerkenswert ist, daß die Frakturen bei dem Knaben immer außerordentlich schnell heilten. Die Konsolidierung ist dabei so vollkommen, daß die nächsten Frakturen fast niemals an derselben Stelle, sondern stets an einer anderen Stelle der Diaphyse erfolgen.

Dr. **A. Kapelusch** und Dr. **O. Stracker** (Wien): **Zur Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 43.)

Die Verfasser berichten über die Grundsätze, nach welchen im orthopädischen Spital in Wien (Prof. Spitzy) gegenwärtig die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose durchgeführt wird. Speziell haben sie das am häufigsten befallene Kniegelenk im Auge. In frühen Stadien ist absolute Entlastung, Bettruhe in frischer, gesunder Luft und Sonne die Methode der Wahl. Die Sonnenbestrahlung kann auch durch Anwendung von mäßiger Wärme unterstützt werden. Fixation ist nur notwendig, wenn Schmerzen bei Bewegungen vorhanden sind. Die Fixation kann durch Zugverbände, abnehmbare Verbände, Schalenverbände, Gipsschie-

nen, ev. durch Gipsverbände, durchgeführt werden. Neben der Sonnenbehandlung kommt die Röntgentiefenbestrahlung zur Anwendung, die ihr hinsichtlich der direkten Herdwirkung mindestens gleichwertig ist. An operativen Maßnahmen wird nur die Entleerung abgegrenzter Abszesse vorgenommen, deren Einschmelzung durch die Röntgentiefenbestrahlung gefördert wird. Nach der Entleerung wird durch die Oeffnung ein Glasdrain eingeführt und durch eine Hautnaht fixiert. Das Operationsfeld wird mit einem trockenen, durch Klebestoff gegen Verschiebung geschützten Verband bedeckt; darüber kommt ein den Bestrahlungsfeldern entsprechend gefensterter Gipsverband. Am dritten oder vierten Tage nach der Operation wird bestrahlt, nach 8 Tagen wird der erste Verbandswechsel vorgenommen, wobei auch der Glasdrain entfernt wird. Die Röntgenbestrahlung wird durch den Verband hindurch, die Sonnenbehandlung nach Ablauf der Wundbehandlung fortgesetzt. Herde in unmittelbarer Nähe des Gelenks, die extracapsulär angegangen werden können und durch deren Oeffnung man den Einbruch in das Gelenk verhüten kann, werden ebenfalls eröffnet. — Die Entlastungsbehandlung wird so lange durchgeführt, bis das Röntgenbild normale Knochenstruktur zeigt und keine Schmerzen noch Schwellung mehr besteht. Bei Behandlung von Kontrakturen wird jedes brüske Vorgehen vermieden. Dabei wird natürlich das Augenmerk auf völlig ausreichende Ernährung gerichtet.

Prof. Dr. **Eugen Joseph** (Berlin): **Die Verbesserung der röntgenologischen Nierensteindiagnose.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 43.)

Die Ergebnisse seiner Erfahrungen über die Nierensteindiagnose mittels Röntgenstrahlen faßt J. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Durch die Pyelographie lassen sich Nierenbeckensteine, welche durch ihre Struktur für Röntgenstrahlen durchlässig sind, als helle Aussperrungen im dunklen Kollargolfeld des Nierenbeckens nachweisen. 2. Die Pyelographie hinterläßt bisweilen an den rauhen Concrementen einen Kollargolspiegel, macht sie dadurch für einige Zeit schattenfähig und auf der Röntgenplatte darstellbar. Bei erschwertem Abfluß aus dem Nierenbecken können Kollargolreste auch ohne Steinbildung in der Niere haften bleiben und steinähnliche Gebilde vortäuschen. 3. Durch die Pyelographie läßt sich der Beweis erbringen, ob ein Parenchymoder ein Beckenstein vorliegt, ob die Operation voraussichtlich als Nephrotomie, als Pyelotomie oder als Nephrektomie verlaufen wird.

Professor Dr. **Haenisch** (Hamburg): **Ueber die Arbeit des Röntgenologen in der Kassenpraxis.** (Hamburger Wochenblatt für Aerzte und Krankenkassen 1920, Nr. 7.)

Verfasser weist auf die ganz enorme Verteuerung des Röntgenverfahrens hin, die trotz allem auch bei Krankenkassen die Röntgenuntersuchungen nicht verhindern darf, wo sie im Interesse einer sicheren Diagnosenstellung erforderlich ist, die aber die größtmögliche Einschränkung und Sparsamkeit gebietet. Aus einer an Erfahrungen reichen Praxis heraus zeigt Verfasser prägnante Beispiele, wann die Röntgenuntersuchung weggelassen werden kann und wann die Unterlassung ein Fehler wäre. Der Hinweis auf unpassende Abweisungen der Röntgenuntersuchung durch vorlaute Kassenbeamte wird sicherlich von den Krankenkassenverwaltungen beherzigt werden, wenn sie davon Kenntnis erhalten. Ebensowenig wie der Arzt in Verwaltungsfragen eingreifen soll, darf der Verwaltungsbeamte bei Krankenkassen ärztlichen Anweisungen in die Zügel fallen. Dieselbe scharfe Kritik fordert auch die vom Verfasser wahrgenommene Empfehlung durch Kassenbeamte heraus, statt der ambulanten Röntgendurchleuchtung die verordnet war, eine Krankenhausaufnahme vorzuschlagen; die Notwendigkeit einer Röntgendurchleuchtung darf dem behandelnden Arzt nicht die Weiterbehandlung der Patienten aus der Hand winden.

Hirsch (Charlottenburg).

II. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Auf dem Gebiet der Krankenversicherung wurden soeben entsprechend den in allen Gewerben eingetretenen Lohn- und Gehaltserhöhungen einschneidende Aenderungen der gesetzlichen Bestimmungen vorgenommen. In der Sitzung vom 30. März d. J. wurde vom Reichsrat beschlossen, die obere Grenze des Grundlohnes für die gesamte Krankenversicherung zu beseitigen und die obere Grenze der Versicherungspflicht auf 12000 Mk. festzusetzen. Am folgenden Tag wurde über die Neugestaltung der freiwilligen Versicherung beraten. Gehaltsempfänger mit Arbeitseinkommen von 12—20000 Mk. wurden für versicherungsberechtigt erklärt. Sämtliche Lohnerhöhungen sind bei der Berechnung des Grundlohnes einzubeziehen. — Daß diese fortgesetzte Erweiterung der Krankenversicherung die Existenzmöglichkeit eines großen Teiles der deutschen Aerzte empfindlich bedroht, darauf wurde bei den Beratungen wohl hingewiesen, politische Rücksichten waren aber schließlich ausschlaggebend dafür, daß man sich über derartige Bedenken hinwegsetzte. Es wird den Aerzten nichts übrig bleiben, als ihre Sache selbst zu vertreten. In diesem Sinne hat der Zentralausschuß des Groß-Berliner Aerztebundes am 1. April folgende Resolution angenommen:

„Die Erhöhung der Einkommengrenze auf 12000 Mark für Zwangsversicherte und auf 20000 M. für freiwillig Versicherte sowie die zu erwartende Einbeziehung der Familienmitglieder in die Versicherung bedeutet die fast restlose Aufhebung der freien ärztlichen Praxis und damit die Vernichtung zahlreicher ärztlicher Existenzen. Für zahlreiche Versicherte bedeutet sie die Herabsetzung der ärztlichen Versorgung auf das Mindestmaß des Notwendigen und die Beschränkung in der Wahl ihres Arztes, solange es in der Macht der Kassen steht, zu bestimmen, wer ärztliche Praxis ausüben darf. Die Aerzteschaft verlangt daher die gesetzliche Regelung der Arztfrage im Sinne der Zulassung sämtlicher dazu bereiten Aerzte zur Kassenpraxis und verlangt des weiteren eine den Lebensnotwendigkeiten und den Zeitverhältnissen angepaßte Bezahlung ihrer Arbeit, die sie vor wirtschaftlicher Verelendung und wissenschaftlicher Verkümmerung bewahrt. Ein verkümmerter Aerztestand würde eine öffentliche Gefahr sein."

Wien. Unter der Förderung des Volksgesundheitsamtes im d.-ö. Staatsamt für soziale Verwaltung findet eine Enquete über die Frage statt, welche Arbeitsleistungen und welche Beschäftigung überhaupt können einem Kriegsbeschädigten mit Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand zugemutet werden. Eine Reihe von namhaften Fachleuten hat bereits über die einzelnen Themen, die Arbeitsfähigkeit verschiedener Arten von Kriegsverletzten, die Arbeitsfähigkeit von Lungen-, Herz-, Nieren-, Magen-Darm-, Nervenkranken usw., ihre Referate erstattet, welche demnächst im Druck erscheinen werden. Um nun einer möglichst großen Anzahl von Aerzten die Gelegenheit zu geben, auf Grund ihrer Erfahrungen zu den einzelnen Fragen Stellung zu nehmen, soll eine möglichst ausgedehnte Verhandlung über die Referate — auf schriftlichem Wege — stattfinden. Die von den sich an der Enquete beteiligenden Aerzten gemachten Bemerkungen sollen dann mit den Schlußworten der Referenten zu einem eigenen Buch vereinigt erscheinen. Besonderer Wert wird auf die Aeußerungen von erfahrenen Krankenkassen- und Unfallversicherungsärzten gelegt. Jeder Arzt, welcher sich zu einem oder zu einigen Spezialthemen der Enquete zu äußern wünscht, wird eingeladen, dies spätestens bis 15. April der Presseabteilung im Volksgesundheitsamt bekanntzugeben, worauf ihm die bereits vorliegenden Referate über das von ihm angegebene Thema zugeschickt werden. Zur Teilnahme an der Enquete sind auch die Aerzte des Auslandes eingeladen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Dresden. Zum Professor für Hygiene an der hiesigen technischen Hochschule wurde Dr. Philalethes Kuhn, früher Dozent an der Straßburger Universität, ernannt.

Im 51. Lebensjahr starb Prof. Dr. phil. Karl Dieterich, Direktor der Chemischen Fabrik Helfenberg A. G. und Privatdozent an der hiesigen tierärztlichen Hochschule. Der Verstorbene war neben seiner praktischen Berufstätigkeit auch literarisch auf dem Gebiet der pharmazeutischen Chemie und Technik in ausgedehntem Maße tätig und außerdem eine Autorität im Automobilwesen.

Leipzig. Dr. Joetten, Assistent am hygienischen Institut, hat sich für Hygiene habilitiert.

Hamburg. Prof. Martin Mayer hat sich für Tropenkrankheiten und medizinische Parasitologie, Dr. Brodersen für Anatomie, Dr. Roedelius für Chirurgie, Dr. Graetz für Bakteriologie und Hygiene habilitiert.

Freiburg. Dr. Stühmer hat sich für Dermatologie habilitiert.

Wien. Dr. Krombholz hat sich für Hygiene, Dr. Schilder für Psychiatrie habilitiert.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.


BABY·CREME
„Kosmata"
FEINSTES
SPEZIALERZEUGNIS
FÜR DIE
KINDERHAUT.
REIZLOS·MILDE
ERSTKLASSIGE AUFMACHUNG!
„VORNEHME REKLAME!"
BINDER & KETELS
HAMBURG-BERLIN
ZENTRALVERKAUFSKONTOR:
HAMBURG 23.


Dr. Mayer's
Röntgen-
Specialplatten
sind unstreitig die besten Platten für Röntgenaufnahmen. Höchste Empfindlichkeit, absolut klar, reine Schicht, präzise Wiedergabe der feinsten Strukturen.
Bezugsquelle sämtlicher Chemikalien
gebrauchsfertig oder in Substanz.
Dr. Mayer & Rotzler
Fabrik photograph. Platten und Chemikalien
Karlsruhe i. Baden.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sa a Nachf., Berlin SO 16, Copenicker Straße 114.

89. Jahrgang Berlin, 10. April 1920 No. 15

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

89. Jahrgang **Berlin, 10. April 1920** **No. 15**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Referate.

Prof. **R. Hilgermann** (Saarbrücken): **Der Aderlaß in der Therapie der Infektionskrankheiten.** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 42.)

Bei der Behandlung der akuten Infektionskrankheiten ist nach Verfasser die möglichst frühzeitige Anwendung des Aderlasses in Verbindung mit reichlichen Kochsalzinfusionen von großem Nutzen. Es wird hierbei einerseits die Antikörperbildung angeregt, andererseits eine Verdünnung der im Blut zirkulierenden Toxine und Krankheitserreger bewirkt und die Ausscheidung derselben befördert. Von 19 durchweg schweren Fällen von Weil'scher Krankheit, welche Verfasser nach diesen Grundsätzen behandelte, wurden 18 vollständig geheilt, nur ein Fall endigte tödlich.

Dr. **Hermann Putzig** (Charlottenburg): **Ueber Gonokokken-Otitis bei Säuglingen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 42.)

Das Vorkommen der Gonokokken im Ohreiter bei der eitrigen Mittelohrentzündung von jungen Säuglingen wurde bisher nur selten beobachtet. In den wenigen beobachteten Fällen handelte es sich um Säuglinge, bei denen die Otitis während oder kurz nach einer typischen Blennorrhoea neonatarum auftrat. Verfasser berichtet über einen Fall, bei dem die Gonokokken-Otitis erst fast 2 Monate nach dem Abheilen der gonorrhoischen Augenentzündung auftrat. Er weist dabei darauf hin, daß man bei allen Fällen von hartnäckiger Ohreiterung bei jungen Säuglingen, besonders solchen, die vorher eine Blennorrhoe durchgemacht haben, den Ohreiter bakteriologisch untersuchen muß, um rechtzeitig die geeignete Behandlung einzuleiten. Denn bei positivem Gonokokkenbefund führt die Behandlung mit 1 proz. Protargollösung, ev. Kal. permang.-Spülungen, in wenigen Tagen zur Heilung. Dies trat auch in des Verfassers Fall ein, nachdem vorher eine Behandlung mit Alkoholtampons und Borsäure keine Besserung herbeigeführt hatte.

Prof. Dr. **Heinrich Klose** (Frankfurt a. M.): **Die gonorrhoische Gelenkentzündung; Typen, Verlauf und chirurgische Behandlung.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 42.)

Mit der gegenwärtig unzweifelhaften Zunahme der Gonorrhöe hat auch die Zahl der gonorrhoischen Gelenkentzündungen erheblich zugenommen. Diese treten meist in der dritten und vierten Woche der akuten Infektion auf. In 50 Prozent der Fälle ist das Kniegelenk ergriffen. Nach Verfasser hat man zwei Verlaufsarten zu unterscheiden: erstens den gonorrhoischen Gelenkerguß, zweitens die gonorrhoische Kapselphlegmone. Der gonorrhoische Gelenkerguß befällt meistens mehrere Gelenke zugleich, die gonorrhoische Kapselphlegmone lokalisiert sich gewöhnlich nur auf ein Gelenk. Bei letzterer ist die Gelenkkapsel bedeutend verdickt, die Umgebung, die Haut inbegriffen, teigig ödematös, hoch gerötet. Durch energische Behandlung wird die Mehrzahl der gonorrhoischen Gelenkergüsse zur Resorption gebracht, ohne funktionelle Schädigungen zu hinterlassen. Dagegen hat die phlegmonöse Form ausgesprochene Neigung zur narbigen Schrumpfung des Kapselbandapparates. Für die Behandlung der gonorrhoischen Gelenkentzündungen ist zunächst Entlastung und Ruhigstellung erforderlich, beim Hüftgelenk dient hierzu kräftige Extension. Ein souveränes Mittel bei gonorrhoischen Gelenkentzündungen ist die Bier'sche Stauung. Daneben kommt Gonokokkenvakzine zur Anwendung, örtlich werden Moor- und Fangopackungen sowie Kataplasmierungen des Gelenks und Heißluftbehandlung angewendet. Erhebliche Exsudate, die sich nach 8 Tagen nicht wesentlich resorbiert haben, werden punktiert; danach Ausspülung mit 0,5 proz. Karbolsäure, ev. Injektion kleiner Mengen von Jodtinktur oder Lugol'scher Lösung. Ein Eingriff, welcher in der Rehn'schen Klinik außerdem unter bestimmten Umständen gemacht wird, ist die Arthrotomie. Sie wird ausgeführt 1. beim gonorrhoischen Gelenkerguß a) wenn nach einmaliger Punktion ein erneuter Erguß unter erheblicher Kapseldehnung unter Schmerzen sich ausbildet, b) wenn sich die Anfänge einer Subluxationsstellung des Gelenkes bemerkbar machen; 2. bei phlegmonösen und gemischten Erkrankungsformen a) frühzeitig im Verlauf der ersten Tage einer schwersten Phlegmone, wenn die Kranken durch Schmerzen und Schlaflosigkeit sichtlich herunterkommen, b) bei gonorrhoischen Allgemeininfektionen, die von einem Gelenkinfekt ausgehen, c) bei schweren primären Infekten mit Komplikation von seiten des Genital- oder uropoetischen Systems, die eine energische konservative Behandlung der Gelenkinfektion erschweren, d) bei multiplen Gelenkinfekten, die einer gleichzeitigen Behandlung nicht zugänglich sind, nach sorgfältiger Auswahl der betreffenden Gelenke, e) grundsätzlich nach 3 Wochen, wenn in dieser Zeit eine zielbewußte Behandlung schwerster Infekte keinen merkbaren Rückgang der subjektiven Beschwerden erreicht hat. Die Erfolge der Arthrotomie, welche seit 10 Jahren an der Rehn'schen Klinik bei den angegebenen Anzeigen gemacht wird, sind sehr zufriedenstellend. Das operierte Gelenk wird für 8—14 Tage ruhig gestellt, an der unteren Extremität durch Gipsverband. Dann kann die Wunde durch sekundäre Naht geschlossen werden.

Prof. **Karl Grube** (Neuenahr): **Ueber Fangobehandlung mit einem neuen Fangopräparat (Polyfango).** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 43.)

Wie Verfasser berichtet, wurde von dem Chemiker W. Müller in Neuenahr ein Fangopräparat hergestellt, welches gegenüber dem gewöhnlichen Fango einen bedeutenden Fortschritt bedeutet. Dieses Präparat, Polyfango genannt, wird aus bestem pulverisierten Eifelfango-Neuenahr und entwässertem Bittersalz bereitet; letzteres wird nach

einem dem Erfinder patentierten Verfahren gewonnen; auf 80 Teile Fango kommen etwa 20 Teile dieses entwässerten Salzes. Beim Mischen mit kaltem Wasser erzeugt Polyfango Wärme; von G. angestellte Versuche ergaben, daß der aus Polyfango und kaltem Wasser hergestellte Brei die Wärme länger und besser hält als der aus gewöhnlichem Fango mit heißem Wasser hergestellte. Der Brei reagiert vollständig neutral und hat keinerlei nachteilige Wirkungen auf die Haut. Man kann den Brei entweder direkt auf die Haut auftragen, wodurch die Wirkung etwas intensiver ist, oder man kann ihn auch in Leinwand eingeschlagen auf die erkrankte Stelle auflegen. Man bedeckt dann den Umschlag mit einem isolierenden Stoff, z. B. Billrothbatist, und packt dann den Kranken gut in wollene Decken ein, so daß ein leichtes Schwitzen entsteht. Nach etwa einer Stunde verliert der Brei seine Plastizität, wird trocken und hart und kann dann einfach abgenommen werden. Der Hauptvorzug des Polyfango besteht darin, daß man aus ihm in wenigen Minuten mit kaltem Wasser einen heißen Umschlag herstellen kann.

Dr. **Erwin Schiff** (Wien): **Die Behandlung der Dysenterie mit Formalineinläufen.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 41.)

Verfasser behandelte eine größere Anzahl von Ruhrfällen (meist Infektionen mit Shiga-Kruse'schen Bazillen) mit Einläufen von 1 proz. Formalinlösung. Die Kranken bekamen in den ersten Tagen zweimal, vormittags und nachmittags, je 300 ccm der Lösung mit Hilfe eines weichen Gummikatheters, der einige Zentimeter hoch in das Rectum geführt wurde. Außer dem Formalin wurde im allgemeinen kein Medikament gegeben, nur in ganz frsichen Fällen wurde am ersten Tage Karlsbader Wasser zum Abführen vor dem Formalineinguß verabreicht. Der Erfolg dieser Behandlung war sehr befriedigend. Schon in den ersten Tagen setzten die blutigen Entleerungen aus, die Zahl der Stühle nahm ab. Sobald auch der Schleim aus den Entleerungen verschwunden war und diese eine breiige Konsistenz annahmen, wurde die Formalinbehandlung noch eine Woche lang, aber nur einmal am Tage, fortgesetzt. Bei einem Teil der Kranken verursachten die Formalineinläufe in den ersten Tagen der Behandlung Schmerzen, mit fortschreitender Besserung nahmen die Schmerzen ab. Ist die Dysenterie geheilt, so verursacht Formalin keine Schmerzen mehr. Die meisten Fälle kamen in 2—3 Wochen oder noch schneller zur Heilung. Nur in solchen Fällen ist die Formalinbehandlung wirkungslos, die schon im kachektischen Stadium sich befanden; diese Kranken gehen meist zugrunde. In dieser Weise verlor Verfasser drei Fälle, sämtlich Kinder.

Dr. **Alfred Otto Rösler** (Graz): **Ueber die Beziehungen der chronischen Bleivergiftung zum Magengeschwür.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 42.)

Verfasser beobachtete in zwei Fällen bei Arbeiterinnen, die an beruflicher chronischer Bleivergiftung litten, die Entstehung von Magengeschwüren. Der eine Fall wurde sechs Jahre hindurch beobachtet; im Laufe dieser Zeit wurde durch fortgesetzte radiologische Beobachtung der Uebergang rein spastischer Zustände in organische Veränderungen mit Geschwürsbildung nachgewiesen. In der ersten Beobachtungszeit konnte nur ein rein nervöser spastischer Sanduhrmagen als Teilsymptom der bestehenden chronischen Bleivergiftung festgestellt werden. Die Sanduhrbildung war damals auch durch Papaverin zu beheben. Später waren aber die Symptome eines ulcus unzweifelhaft vorhanden, die sanduhrförmige Einziehung blieb konstant. Schließlich wurde bei der Operation (Gastroenterostomia retrocolica) an der kleinen Kurvatur ein vernarbtes ulcus, das mit dem Pankreas verwachsen war, gefunden. Diese Beobachtungen sprechen nach Verfasser dafür, daß diese ulcera bei der Bleivergiftung auf neurogenem Wege entstanden sind; sie sind eine Bestätigung der neurogenen Theorie der Entstehung des ulcus ventriculi, welche von G. v. Bergmann aufgestellt wurde.

Prof. Dr. **J. Boas** (Berlin): **Die radikale Heilung der Hämorrhoiden auf unblutigem Wege.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 42.)

Verfasser hatte früher vorgeschlagen, die Hämorrhoiden dadurch zu veröden, daß sie mittels Bier'scher Stauung extraanal entwickelt werden. In einer ganzen Anzahl von Fällen hat sich diese Methode bewährt. Immerhin ist sie nicht in allen Fällen anwendbar, auch nicht frei von Uebelständen (Schmerzen für mehrere Tage). Deshalb behandelt Verfasser neuerdings die Hämorrhoiden mittels Injektion von 96 proz. Alkohol in die Knoten. Die Knoten müssen dazu mittels Bier'scher Stauung extraanal entwickelt werden, um ihre Zahl und Größe festzustellen. Dann erhält der Kranke ein Abführmittel. Nach reichlicher Entleerung wird am nächsten Morgen der Mastdarm durch einen ausgiebigen Seifeneinlauf gereinigt. Dann spritzt man in Kniebrustlage des Kranken mit einer 10 ccm fassenden Rekordspritze in die durch Aufsetzen des Saugnapfes gut entwickelten Knoten je nach ihrer Größe 2—5 ccm 96 proz. Alkohol ein. Wegen eventueller Schmerzhaftigkeit kann man 15—20 Minuten vor der Einspritzung lokal anästhesieren. Nach den Einspritzungen besteht entweder ein leichtes, bald aufhörendes Brennen, oder der Kranke ist überhaupt beschwerdefrei. Nach der Einspritzung werden die Knoten sorgfältig reponiert, soweit sie sich nicht von selbst zurückziehen. Es empfiehlt sich, die Umgebung des Afters dabei ausgiebig einzufetten. Die Nachbehandlung besteht in ruhiger Rückenlage für vier Tage und flüssiger Diät, um die Darmtätigkeit zu beschränken, ev. täglich einmal 10 Tropfen Tinct. Opii. Am vierten oder fünften Tag bekommt der Patient ein Abführmittel. Der Stuhl erfolgt fast immer schmerzlos. Nach der ersten Stuhlentleerung bekommen die Kranken gewöhnliche Kost und können das Bett verlassen. Die Behandlung dauert in leichteren Fällen in der Regel 8 Tage, bei stark entwickelten multiplen Knoten 10—14 Tage, nur selten länger. Verfasser behandelte bisher im ganzen 52 Fälle mit der Methode, mit Ausnahme von 2 Fällen, in denen Rezidive auftraten, mit radikalem Erfolg.

Dr. **Hans Pozenel** (Laibach): **Die Radikal-Operation der Hämorrhoiden.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 41.)

Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen zur radikalen Beseitigung der Hämorrhoiden die Amputation der Mucosa ani unter Erhaltung des Sphinkter ani, eine Operation, die von Whitehead und unabhängig davon von Mikulicz u. a. angegeben wurde. Verfasser beschreibt die Technik der Operation und berichtet kurz über 17 von ihm operierte Fälle. Bei allen Operierten war der Verlauf glatt. Die Operation wird am besten in sakraler oder parasakraler Anästhesie ausgeführt. Sie hat nach Verf. folgende Vorzüge: Sie ist ein radikales, dabei sicheres Verfahren und wenig schmerzhaft; sie ermöglicht durch die Art der Naht eine absolut sichere und einfache Blutstillung. Ein Uebersehen von Knoten, eine technische Unmöglichkeit der radikalen Entfernung kommt nicht vor, da man bis zu 7 cm Höhe operieren kann. Die Sphinkterfunktion war in allen vom Verfasser operierten Fällen nach der Operation normal.

Dr. **Lorenz Böhler** (Bozen): **Die funktionelle Bewegungsbehandlung der typischen Radiusbrüche auf anatomischer und physiologischer Grundlage.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 42.)

Im Gegensatz zu den üblichen Methoden behandelt Verfasser den typischen Radiusbruch mit einem Verband, der die Hand in Dorsalflexion bei gebeugten Fingern feststellt. Hierbei wird der von Zuppinger aufgestellten Forderung genügt, bei jedem Knochenbruch die Gelenke in eine solche Stellung zu bringen, daß alle Muskeln sich in einem mittleren Dehnungszustand befinden. Die Behandlung gestaltet sich also folgendermaßen. Der Bruch wird am besten in Narkose reponiert durch Zug an der Hand und Gegenzug am Ellbogen unter gleichzeitigem Druck auf die Bruchstelle. Die Hand wird dabei proniert, ulnar abduziert und volar flektiert. Bei eingekeilten Brüchen läßt man eine starke Dorsalflexion vorausgehen, um die Einkeilung zu lösen. Nach der Reposition darf nicht mehr der geringste Vorsprung getastet werden. Nunmehr wird die Hand in Dorsalflexion gebracht und mit einer leicht gepolsterten, dorsal angelegten Schiene fixiert. Die Schiene soll etwas schmäler als das Handgelenk sein, also beim Erwachsenen etwa 5 cm breit. Die Beugeseite des Vorderarmes und des Handgelenks und der Raum zwischen Daumen und Zeigefinger werden ebenfalls leicht mit Zellstoff oder Watte gepolstert, während die Hohlhand frei bleibt, um die Fingerbewegungen nicht zu stören. Das Ganze wird mit einer kräftig angezogenen Binde befestigt, über welche eine gestärkte Binde kommt. Nachdem der Verband angelegt ist, fordert man den Verletzten auf, die Finger zu öffnen und zu schließen. Wenn die Einrichtung am ersten Tage gemacht wurde, wird dies sofort gelingen; dagegen nicht bei veralteten Fällen, hier muß der Verletzte selbst mit der gesunden Hand die Finger überstrecken, spreizen und vollkommen beugen. In einigen Tagen wird er es aktiv können. Dann wird der Vorderarm in vollem Umfang proniert und supiniert, hierauf der Ellbogen gestreckt und gebeugt, hinter den Kopf und auf den Rücken gelegt. Diese Uebungen läßt man täglich bei der Visite wiederholen. Die Schiene läßt man, wenn stärkere Dislokation vorhanden war, am besten 3 Wochen liegen. Wenn man genügend Zeit und Verbandmaterial hat, kann man die Schiene täglich abnehmen und auch das Handgelenk üben lassen. Bei Brüchen ohne Verschiebung kann die Schiene nach einer Woche entfernt werden. Die funktionellen Erfolge bei dieser Behandlung waren bedeutend bessere als bei den früheren Methoden, die Verfasser vorher alle durchprobiert hatte.

II. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Sitzung vom 29. III. 20.
Eigenber. d. Allg. med. Zentral-Ztg.
Vorsitz: Herr Fürbringer.

Demonstration zum Thema: Bisher unvermeidbare Gefahren der Pneumothorax-Operation.

Herr **Wolff-Eisner**: Operationsgefahr ist bei jedem Eingriff in Kauf zu nehmen. Auch bei einer größeren Zahl von Pneumothorax-Operationen kommt zuweilen ein Todesfall vor. Immerhin sollte man bei Stellung der Indikation nicht ohne einen zweiten Facharzt handeln. Vortr. verfügt seit 1912 über 154 Fälle, darunter sind seit längerer Zeit völlig geheilte. Dieses ist der einzige Todesfall. Die 30 jährige Frau krankte seit 1916 an Husten, Auswurf und später Bluthusten. Trotz Tuberkulin-Therapie kam es zu Fieber und pleuritischem Exsudat. Dieses wurde abgelassen. Danach hätte die Einfüllung mit N nicht durch das Exsudat erfolgen sollen; denn letzteres verstopft die Nadel und das Manometer versagt. Im zweiten Intercostalraum bestanden erhebliche Verwachsungen; aber die Einfüllung gelang nach 4 Tagen. Während das Gas einlief, machte die nervöse Kranke eine brüske Bewegung: die Lunge stieß gegen die Nadel. Vortr. stellte sofort den Gashahn ab. Die Kranke bekam eine leichte Embolie: Bewußtlosigkeit und schlechte Atmung. Trotzdem wurde auf Grund eines Konsiliums mit Zinn die Behandlung fortgesetzt. Das Exsudat war stark zurückgegangen, der Pneumothorax im Röntgenbilde nicht mehr nachweisbar. Es scheint bei dicken Schwarten die Röntgendarstellung zu versagen. Der Zustand war besser geworden. Am 6. IX. v. J. war es unmöglich, in den zweiten Intercostalraum zu gelangen. Im fünften war es möglich. Nach 3 Wochen sollte Nachfüllung stattfinden. Beim ersten Einstich gab es keine Manometerschwankung, beim zweiten stöhnende Atmung und Entleerung von Blut. Der Tod erfolgt in 2 Minuten, bevor Gas zugelassen war. War das Pleura-Choc (Forlanini) oder Embolie? Embolie kommt schon bei Probepunktionen vor, wenn die Nadel mit Cavernen oder Alveolen in Verbindung tritt. Hier ging der Stich aber in gesundes, nicht infiltriertes Gewebe. Die Sektion ergab: Ein freier Pleuraraum besteht nur am oberen Pol; die Pleura ist fast 1 cm verdickt. Ein Einstich ist überhaupt nicht durch die Pleura hindurchgedrungen. Der zweite ist 2 mm tief in die Lunge eingedrungen; danach ist eine Suffusion von 2 cm Länge und 1½ cm Tiefe entstanden; es wurden also Kapillaren angestochen. Im rechten Herzen fand sich etwas Luft; aber nach dem Prosektor (Prof. Koch) sind wohl beim Abheben des Brustbeins die Venen verletzt worden; auch durch Fäulnis kann Luft in das Herz treten. Sonst war der Erfolg des Pneumothorax ein günstiger; die andere Lunge vikariierend gebläht und luftreich. Tonisch-klonische Krämpfe und Erblindung beruhen wohl auf Embolie. Das Manipulieren an serösen Häuten bringt Gefahren. Aber hier war die Pleura nicht mehr serös. Hier war es eben Choc. Auch der Thymus-Tod erfolgt zuweilen ohne Erklärung wie der Choc- oder Schrecktod bei Auflegen der Maske, bevor das Narkose-Mittel wirken kann. Schon bei Pleura-Punktion sind Todesfälle oder bedrohliche Erscheinungen aufgetreten; auch dieser Todesfall fällt nicht der Pneumothorax-Therapie, sondern der Punktion zur Last.

Demonstration eines einfachen transportablen Pneumothorax-Apparates.

Herr **Leschke** nimmt jetzt statt N Luft zur Füllung; sie ist weniger reizend. Das einfachste ist ein Manometer und eine Pumpe zur Abmessung einer Menge Luft. Die Potainsche Pumpe war unzweckmäßig; denn bei geringen Druckdifferenzen sitzen die Ventile nicht dicht. Vortr. zog einen 2 Wege-Hahn vor. Das hat sich schon bei 100 Füllungen bewährt. Ein Schlauch ist durch T-Stück mit Manometer und Nadel verbunden. Irgend eine Spritze genügt zur Einfüllung der Luft, deren Inhalt bekannt ist. Der Apparat ist bequem transportabel und ermöglicht ambulante Behandlung.

Aussprache:

Herr **Arthur Mayer**: Es wird bereits Mißbrauch mit dem künstlichen Pneumothorax getrieben; derselbe wird in der Sprechstunde ohne Röntgen-Kontrolle ausgeführt. R. legte seit 1911 300 mal den Pneumothorax an. Noch jedesmal hatte er ein Gefühl der Unsicherheit und war zufrieden, wenn — zumal bei der Stichmethode — die erste Anlage gelang. Denn man kommt fast immer in die Lunge. Einen ähnlichen Todesfall erlebte er bei einer 4. Nachfüllung, bei tiefer Atmung, wo im selben Augenblick der Kranke wie vom Blitz getroffen zusammenbrach. Es fand sich Luft im Herzen; eine Lungeninsel war mit der Pleura verwachsen; um sie herum hatte sich die Luft gesammelt. In diese kleine Insel war die Nadel geraten; ein 2. Fall kam durch. Jede Operation, auch die Nachfüllung, ist gefahrvoll. Immer muß man über den Röntgenschirm und den klinischen Apparat verfügen können.

Herr **Samson** nimmt tödliche Luftembolie an. Im abgekapselten Exsudat ist der Druck meist positiv. Der mantelförmig die Lunge umgebende Pneumothorax ist im Röntgenbild schwer festzustellen; 1750 ccm Gas verdrängen aber die Lunge komplett oder sind durch die Nadel direkt in einen Bronchus und die Außenwelt geflossen. Denn die total kollabierte Lunge ist im Röntgenbild nachweisbar. Das vikariierende Emphysem der anderen Lunge ist kein strikter Beweis für den wirksamen Pneumothorax. Die Luft unter dem Druck eines Spritzenstempels einzuführen, lehnt er ab.

Herr **Henius**: Auch die Nachfüllung soll nicht im Hause, sondern im Krankenhause statthaben, zumal bei Fieber und schweren Fällen; man soll vor dem Röntgenschirm mit Gummiballon und Manometer einblasen.

Herr **A. Meyer** kennt den tödlichen Fall des Vortr. genau. Die Tuberkulose verlief außerordentlich bösartig, wenn auch überwiegend einseitig. Es handelt sich wohl um einen Choc. Eine Kommunikation zwischen Lungengefäßen und Lungenräumen bestand nicht. Es sind nur Kapillaren eröffnet worden.

Herr **Friedmann**: Choc ist nur dann anzunehmen, wenn Embolie ausgeschlossen ist; er vermeidet letztere dadurch, daß er jede Nachfüllung vor dem Röntgenschirm, besonders bei seitlichem Einstich der Nadel, kontrolliert. So läßt sich die Verletzung der Lunge vermeiden; wir verfolgen das Schicksal der eingebasenen Luft. Er tritt für die Schnittmethode ein.

Herr **F. Klemperer** hat noch nie im 2. Intercostalraum eingestochen. Da liegen die Kavernen zu nahe. Man soll immer in das Exsudat einfüllen. Nicht sehen kann man ein Schwarten-Emphysem. Die untere Lungenpartie ist durch das Exsudat komprimiert. Der Leschke-Apparat ist außer bei gefährlichen Blutungen entbehrlich. N sollte nicht durch die Luft ersetzt werden. Vielleicht bewirkt sein Reiz gerade die heilsame Bindegewebsneubildung. Der Stich ist nicht gefährlicher als der Schnitt. Die Todesfälle kommen nicht beim Stich, sondern bei der Nachfüllung vor. R. sah noch keinen Todesfall. Eine Morphium-Injektion soll man immer vorausschicken; dann gibt es keinen Choc.

Herr **Bönniger** füllt durch das Exsudat hindurch. Bei Probepunktion der Pleura ist noch nie ein Todesfall durch Luftembolie erfolgt. Die Punktion ist nicht gefährlicher als der Schnitt. In einem Fall bekam ein junges Mädchen beim Anlegen des Pneumothorax hohe Temperaturen bis 40°. Nach 3 Tagen Exitus; es war der eine Oberlappen kavernös; der Pneumothorax war gut gelungen. Aber es kam Fieber hinzu. Die Obduktion brachte keine Aufklärung.

Herr **Wolff-Eisner** (Schlußwort): Die Frage der Stichmethode ist ein weites Feld. Der Todesfall erfolgte aber n i c h t bei der ersten Füllung, und zwar nach Einführung im 5. Intercostalraum. Die Beobachtung vor dem Röntgenschirm ist nicht einfach. Undankbar sind die verlorenen Fälle, wo die Gefahren vermehrt sind, weil überall Verwachsungen bestehen. Sie können aber gute Resultate liefern. Wenige Kubikzentimeter Luft genügen für eine Embolie. Hier kommt dann der Röntgenapparat zu spät.

Herr **Leschke** (Schlußwort): Oeffnet man das Ventil seines Apparates so, daß es mit der Spritze in Verbindung steht, dann wartet man ab, bis sich der Druck im Pleuraraum und Spritze ausgeglichen hat. Erst dann läßt man die Luft einlaufen. Ohne Ueberdruck — 1—2 cm Wasser — ist die Luft nicht in die Pleura zu bringen. Mode.

III. Bücherschau.

Anleitung zur Augenuntersuchung bei Allgemeinerkrankungen. Von Professor Dr. **Heine,** Kiel. Dritte erweiterte Auflage. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1919. 145 S. 5 Mk. (geb. 6,80 Mk.).

Dieses Werk, in welchem zum ersten Male in Form eines Kompendiums der Zusammenhang zwischen objektiv nachweisbaren Augenveränderungen sowie funktionellen Augenstörungen und anderweitigen Erkrankungen im Hinblick auf die Diagnostik behandelt wurde, liegt nun schon in dritter Auflage vor, ein Beweis dafür, daß ein Bedürfnis für einen derartigen Leitfaden besteht und daß das Buch seiner Aufgabe in jeder Hinsicht gerecht wird. Erhebliche Veränderungen gegen früher weist die neue Auflage nicht auf. Die äußere Ausstattung des Buches ist trotz der wirtschaftlichen Schwierigkeiten eine gediegene, dabei der Preis im Vergleich zu der sonstigen Teuerung auf dem Büchermarkt

recht mäßig. Daher wird auch die neue Auflage raschen Absatz in den Kreisen der Interessenten — insbesondere bei Augenärzten, Neurologen, Internisten — finden.

Mimik und Physiognomik von Dr. **Theodor Piderit.** Dritte neubearbeitete Auflage. Mit 96 photolithographischen Abbildungen. Detmold 1919. Verlag der Meyer'schen Hofbuchhandlung (M. Staercke). 247 S.

Piderits Mimik und Physiognomik, zuerst 1858 erschienen, kann als ein in seiner Art klassisches Werk bezeichnet werden. Hier wurde zum ersten Male der Versuch unternommen, die erfahrungsmäßigen Gesetze der Mimik und Physiognomik auf ihre anatomischen und physiologischen Grundlagen zurückzuführen. Wenn auch einzelne Deduktionen des Verfassers einer strengen Kritik nicht standhalten und von unserem heutigen Standpunkt aus anfechtbar erscheinen, so ist das Werk im ganzen durchaus noch nicht veraltet und wirkt auch heute noch anregend, wozu die schönen, charakteristischen Abbildungen nicht wenig beitragen. Wir wünschen dem Werk, dessen Verfasser (geb. 1826) in seinen jüngeren Jahren selbst die ärztliche Praxis ausübte und hierdurch wohl den ersten Anstoß zu seinen mimischen und physiognomischen Untersuchungen empfing, auch aus Kollegenkreisen recht viele Leser, ist doch für keinen mehr als den Arzt Menschenkenntnis bei der Ausübung seines Berufs vonnöten, und eine wertvolle Hilfe hierfür ist die Kenntnis der Physiognomik. R. L.

IV. Technische Fortschritte.

Dr. Oetker's Eiweißnahrung „Urkraft".

Unter dem Namen „Urkraft" haben die bekannten Trocknungswerke Oetker & Co. in Bielefeld zu einem recht niedrigen Preis ein neues Eiweiß-Nährmittel auf den Markt gebracht. Bei der immer noch in hohem Grade vorhandenen Unterernährung in allen Schichten der Bevölkerung und bei dem Mangel an Nährmitteln für Kranke, Genesende, Schwache, Kinder, werdende und stillende Mütter kann dieses Präparat nur freudig begrüßt werden.

Derselbe Mangel an Rohprodukten, der gegenwärtig unsere normale Ernährung so erheblich einschränkt, erschwert auch der Industrie die Schaffung von Nährpräparaten, an denen wir bekanntlich vor dem Kriege eine so reiche Auswahl hatten. Das Fehlen von Nährpräparaten macht sich bei den allgemeinen Ernährungsschwierigkeiten besonders unangenehm fühlbar. Oetker's „Urkraft" wird sicher bei allen Aerzten recht schnell beliebt werden. Besteht es doch aus 80 % Milcheiweiß (Laktalbumin), diesem wichtigen Nährstoff, welchem Kalk und Phosphor, die Stützen des Knochen- und Nervenaufbaues, in organisch gebundener Form, zugesellt sind. Da das Mittel von besonderem Geschmack frei ist, läßt es sich in allen Fällen leicht darreichen.

V. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Breslau. Im Verlauf der letzten politischen Wirren wurde ein Arzt, Dr. Köbisch (Obernigk), ein entschiedener Demokrat, durch den Reichspräsidenten zum Reichskommissar für Niederschlesien und das unbesetzte Gebiet Oberschlesiens ernannt.

Münster. Prof. Kurz hat sich für Anatomie und Anthropologie habilitiert.

Kiel. Privatdozent Dr. Wagner, Assistent am hygienischen Institut, wurde als Leiter des bakteriologischen Untersuchungsamts für Thüringen berufen.

München. Prof. Grashey übernimmt die Oberarztstelle für Röntgenologie und physikalische Heilmethoden am städtischen Krankenhaus München-Schwabing.

Würzburg. Prof. Michel, Vorstand des zahnärztlichen Instituts, wurde von der medizinischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt.

Heidelberg. Privatdozent Steiner, Leiter des pathologisch-anatomischen Laboratoriums der psychiatrischen Klinik, wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

Verschiedenes.

Berlin. Der Ausschuß für die Prüfung des Friedmann'schen Tuberkulosemittels hat den Direktor des pathologischen Instituts Geh. Medizinalrat Prof. Lubarsch zum Vorsitzenden gewählt und eine Reihe von Unterausschüssen für die experimentell-biologische und für die klinische Prüfung des Mittels eingesetzt.

Berlin. Zum 1. Vorsitzenden der Balneologischen Gesellschaft wurde Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Professor Dr. Dietrich (Berlin) gewählt, der sich um die Förderung der wissenschaftlichen Balneologie große Verdienste erworben hat und auch für die wirtschaftliche Seite des Bäderwesens viel Interesse zeigt.

Ein Gesetz über die Bäder und klimatischen Kurorte in Frankreich.

In Frankreich bringt man jetzt dem Bäderwesen eine gesteigerte Beachtung entgegen. Das ist darauf zurückzuführen, daß man die Bedeutung, welche die Bäder und Kurorte Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz schon seit langer Zeit für die Volkswirtschaft dieser Länder haben, erkannt hat und nunmehr Frankreich zugute kommen lassen will, nachdem auch dieses Land infolge des Krieges danach trachten muß, seine nationalen Güter möglichst ausgiebig zu verwerten. Durch eine gesetzliche Bestimmung ist in jedem französischen Kurort mit Einschluß der Sommerfrischen und im Ministerium des Innern ein ständiger Ausschuß eingerichtet worden, der sich eingehend mit allen Fragen der Kurorte befaßt. Vor allen Dingen werden die Gründung, die Entwicklung, die Propagandatätigkeit, Verkehrsfragen usw. einem fortlaufenden, eingehenden Studium unterzogen, wobei man von den weltbekannten und hochangesehenen deutschen Badeorten in den besetzten Gebieten (Wiesbaden, Neuenahr, Kreuznach, Ems usw.) viel zu lernen und in den Dienst der französischen Kurorte stellen zu können hofft. Hirsch (Charlottenburg).

Druckfehlerberichtigung.

In der Besprechung des Buches: Die Verstaatlichung des Heil- und Fürsorgewesens, Nr. 12/13, ist S. 54 oben eine Zeile ausgefallen; es muß dort heißen: so geben wohl die mit der gegenwärtigen Regelung unleugbar verbundenen Uebelstände dem einen oder anderen Anlaß zu Aeußerungen der Unzufriedenheit, kaum aber ist aus diesen Kreisen irgendein Verlangen nach durchgreifenden Reformen öffentlich laut geworden, usw.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30. Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang Berlin, 17. April 1920 No. 16

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

89. Jahrgang Berlin, 17. April 1920 No. 16

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 3,—
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Froriep'sche Schwiele.

Von Dr. A. Philippi - Bad Salzschlirf.

Die von Robert Froriep unter der Bezeichnung der „rheumatischen Schwiele" (1843) beschriebene Affektion scheint heutzutage weniger bekannt und beachtet zu sein, als dies bei ihrer tatsächlichen Bedeutung für das Wohlbefinden, wenn auch freilich nicht gerade für das Leben des betreffenden Patienten erwünscht wäre. Jedenfalls sind mir verschiedentlich Kollegen begegnet, denen diese Störung trotz ihres durchaus nicht seltenen Vorkommens so gut wie völlig fremd oder allenfalls nur dem Namen nach bekannt war. Das bedeutet aber für die betreffenden Patienten die unbegrenzte Fortdauer von ständigen, oft sehr erheblichen Beschwerden und Schmerzen, wodurch ihnen und oft auch ihrer Umgebung das Leben arg verbittert wird.

Es handelt sich dabei, wie die Benennung andeutet, um Verhärtungen, welche wohl häufig im Verein mit Rheumatismus (Muskelrheumatismus) auftreten, bezw. welche ähnliche Erscheinungen hervorrufen wie der Rheumatismus, und deren Vorhandensein zweifellos in vielen Fällen die Patienten als Rheumatiker gelten läßt. Ein direkter Zusammenhang mit muskulärem oder sonstigem Rheumatismus läßt sich durchaus nicht immer nachweisen, und Froriep selbst, der die Ablagerungen als „rheumatische Ausschwitzungen" bezeichnet, konstatiert, daß sie nicht nur an den Muskeln, sondern auch in der Haut, am Periost und vor allen Dingen im subkutanen Bindegewebe sich entwickeln.

Der klinische Befund ergibt das Vorhandensein von mehr oder weniger zahlreichen, knolligen oder platten, rundlichen, ovalen oder mehr unregelmäßig gestalteten Ablagerungen, welche ihren Sitz zum allergrößten Teil im subkutanen Zellgewebe haben. Sie sind teils ganz klein, teils von Linsen- oder Bohnengröße oder noch umfangreicher. Oftmals sind sie zu Ketten oder größeren Konvoluten zusammengelagert. Besonders deutlich lassen sie sich durch ein kurzes palpatorisches Massieren wahrnehmbar machen. Man hat dabei oftmals das Gefühl, daß sich im Zentrum eine derbe, feste Masse als Kernstück befindet, während die weicheren Randpartien allmählich und ohne feste Umgrenzung in das umgebende normale Gewebe übergehen. Diese Gebilde finden sich an allen Stellen des Körpers und erlangen manchmal eine große Ausdehnung, so daß Rumpf und Extremitäten damit wie besät sind; immerhin gibt es aber einige Prädilektionsstellen derselben. Als solche sind z. B. zu nennen die Umgebung des Sprunggelenkes und die unteren Partien der Unterschenkel und namentlich die freie Fläche des Schienbeins. An letzterer Stelle fühlt man beim Darüberstreichen mit dem flach aufgelegten Finger häufig die ganze Fläche wie mit kleinen, erbsen- bis linsengroßen Knöllchen besetzt, deren Berührung prompt eine Schmerzäußerung beim Patienten auslöst. Andere Lieblingsstellen sind die Darmbeingrube an ihrem oberen Teile dicht unterhalb der Crista ilei, die Streckseite der Vorderarme, die Fossa supraspinata am Schulterblatt sowie die Hinterhauptgegend. An dieser Stelle sind sie oft eine Quelle von hartnäckigen Kopfschmerzen, wobei man oft beobachten kann, daß die Beschwerden mit Vorliebe gerade nach einer besonders gut durchschlafenen Nacht sich einstellen — als Folge wohl einer durch die längere Ruhigstellung eingetretenen Blutstauung in den Ablagerungen.

Ueberhaupt ist der Schmerz das wesentliche klinische Merkmal bei der Affektion und die Veranlassung, daß der Patient den Arzt aufsucht. Derselbe wird, z. B. an den Unterschenkeln, bald als eine einfache Schwere und Taubheit, die allerdings oft recht intensiv werden kann, geklagt, bald als ein dumpfes, unklares Bohren und dann wiederum als ein scharfes Stechen empfunden. Oftmals wachen die Patienten nachts infolge von Schmerzen auf und finden erst nach längerem Reiben und Bewegen der affizierten Teile wieder Ruhe. Bei der Lokalisation an den unteren Extrimitäten ist natürlich die Behinderung der Gehfähigkeit die Hauptklage. Solche Fälle werden beim Uebersehen der wahren Sachlage oft auf etwaige andere geringfügige Abnormitäten, eine Andeutung von Plattfußbildung oder eine geringe Venenerweiterung, zurückgeführt und dementsprechend behandelt, freilich ohne das gewünschte Ziel zu erreichen.

Fall: Frl. A. D., Verkäuferin, 26 Jahr, hat seit 2—3 Jahren über andauernde Schmerzen in beiden Füßen, namentlich links, zu klagen gehabt. Der früher behandelnde Arzt führte die Beschwerden auf Krampfadern zurück und verordnete Gummibinden, wodurch auch eine gewisse Erleichertung erzielt wurde. Es besteht auch allerdings eine geringfügige Erweiterung eines Astes der V. saphena int. am Sprunggelenk linkerseits, rechts aber keinerlei Varicenbildung. Beiderseits dagegen, namentlich links, ist die Umgebung des Taloeruralgelenks unförmlich geschwollen; die Gruben zu beiden Seiten der Achillessehne sind durch teigige Massen ausgefüllt und druckempfindlich. Streicht man über die vordere Schienbeinfläche, so fühlt man unter der Haut eine ganze Kette von platten, teils rundlichen, teils ovalen, erbsen- bis kleinbohnengroßen Knöllchen von lederharter Konsistenz. Ein irgend wie stärkeres Drücken ruft lebhafte Schmerzäußerungen hervor. Von einem weiteren Gebrauch von Gummibinden wurde abgesehen, statt dessen regelmäßige Massage zunächst einen Tag um den anderen gegeben. In der zweiten Woche gab Patientin schon große Erleichterung an und war froh, die immerhin lästige Bindenbehandlung entbehren zu können. Im weiteren Verlauf verschwanden trotz ziemlich unregelmäßigen Besuchs die Schwellungen bis auf geringe Reste und damit zugleich die subjektiven Beschwerden.

Bei längerem Bestehen der Affektion, namentlich wenn die Ablagerungen auf viele Stellen des Körpers verteilt sind,

so daß die Kranken immer wieder neue Klagen vorzubringen haben, tritt ganz häufig eine sehr ausgesprochene Gemütsverstimmung ein. Die Patienten werden als einfach nervös oder gar als hysterisch angesehen und gelegentlich auch als eingebildet krank behandelt. Tatsächlich werden sie auch infolge der unausgesetzten Belästigungen in gewissem Sinne neurasthenisch.

Dabei bietet die Diagnose durchaus keine besonderen Schwierigkeiten, wenn man an die Möglichkeit des Bestehens solcher Ablagerungen denkt und etwas genauer daraufhin untersucht, namentlich unter Anwendung einer palpatorischen Massage. Man wird sie auch nicht leicht mit kleinen Fettgeschwülsten, Fibromen, kleinen Cysten oder traumatischen Residuen in und unter der Haut verwechseln, obwohl diese Möglichkeit nicht immer ganz ausgeschlossen ist.

Anatomisch setzen sich diese Gebilde, soweit man das aus den ziemlich spärlichen Untersuchungen entnehmen kann, aus einer wenig charakteristischen Anhäufung von Rundzellen, Lymphozyten und jungen Bindegewebszellen zusammen. Gelegentlich hat man Nervenästchen im Bereiche derselben eingeschlossen gefunden, wodurch sich die schmerzerregende Wirkung des Prozesses hinreichend erklären würde. — Dem bindegewebigen Bau der Schwellungen entsprechend ist übrigens auch dem ganzen Prozeß der Name Fibrositis beigelegt worden.

Ueber die aetiologischen Momente, welche zur Entstehung dieser Ablagerungen Anlaß geben, läßt sich Endgültiges nicht aussagen. Froriep selbst erklärt sie als „rheumatische Ausschwitzungen", ohne allerdings genauer anzugeben, wie er diesen Begriff aufgefaßt haben wollte. Nach unseren heutigen Kenntnissen können wir einen Zusammenhang der Affektion mit Rheumatismus, sei es Muskelrheumatismus oder dem als Infektionskrankheit aufzufassenden Gelenkrheumatismus, schwerlich vorstellen. Nach A. Schmidt handelt es sich beim Muskelrheumatismus oder, wie man wohl richtiger sich ausdrücken wird, bei der Myalgie um eine Affektion der Endfasern der in den Muskeln verlaufenden sensiblen Nerven, und man kann sich nicht recht vorstellen, daß dieser Vorgang zur Entstehung von fibrösen Ablagerungen im subkutanen Bindegewebe führen sollte. Auch gibt die Annahme, daß wir es hier mit Folgezuständen traumatischer Einwirkungen zu tun haben, keine befriedigende Erklärung; denn dafür ist die Ausdehnung der Affektion in vielen Fällen doch gar zu erheblich. Meistenteils werden Erkältungsvorgänge von den Patienten als das veranlassende Moment beschuldigt, und diese Auffassung gewinnt eine gewisse Stütze in dem Umstand, daß die Schwielen am Nacken und den Schultern sowie an den Vorderarmen beim weiblichen Geschlecht (bei dem ja diese Teile in Bezug auf Bekleidung lange nicht so gleichmäßig geschützt sind, wie dies bei Männern der Fall ist) weit zahlreicher angetroffen werden, als beim männlichen. Aber auch abgesehen von den eben genannten Gebieten ist die Affektion überhaupt bei weitem häufiger eine Erkrankung der Frauen als der Männer. Ob das Leiden mit Gicht in Zusammenhang zu bringen ist, wofür sein häufiges Vorkommen bei den in Salzschlirf so zahlreich zu beobachtenden typischen Gichtkranken sprechen würde, möchte ich noch dahingestellt sein lassen. Zweifellos kommt es auch bei durchaus nicht gichtverdächtigen Personen vor.

Fall: Frl. H. L., 23 Jahre alt, von blühendem, gesundem Aussehen, war während der Kriegszeit als Krankenpflegerin ausgebildet worden und hat längere Zeit in Lazaretten Krankenpflege ausgeübt. Seit 4 bis 5 Wochen macht sie einen Kursus der Körperkultur durch, wobei methodische Freiübungen nebst vegetarischer Diät die Hauptrolle spielen. Die vegetarische Lebensweise hat sie vorher schon seit einigen Jahren bevorzugt. Vor etwa 2 Jahren erlitt sie einen Bruch des rechten Wadenbeins, was ihrer Meinung nach noch jetzt bestehende Residuen hinterlassen hat. Sie klagt über Schmerzen an beiden Fußgelenken und Unterschenkeln, besonders nach den gymnastischen Uebungen und bei längerem Gehen sowie über „Schwäche in den Fußgelenken" und häufiges Umkippen des Fußes. An beiden Fußgelenken finden sich einige polsterartige Verdickungen von mäßig-derber Konsistenz im subkutanen Bindegewebe und an beiden Schienbeinflächen mehrere erbsen- bis linsengroße typische Knöllchen. Die alsbald eingeleitete Massage hatte gleich nach den ersten Sitzungen eine deutliche Besserung zur Folge, und nach etwa 3 Wochen waren alle Verhärtungen verschwunden.

Wie bei diesem Falle, sind im allgemeinen die Aussichten auf Beseitigung der Affektion, geeignete Behandlung vorausgesetzt, nicht ungünstig. Gelegentlich gelingt es sogar, schon durch eine einzige Massagesitzung die Störung glatt zu beseitigen.

Fall: Herr R., Oberförster, wegen gichtischer Beschwerden nach Salzschlirf überwiesen, klagt auch seit einigen Monaten über einen recht lästigen Schmerz am linken Unterschenkel besonders bei längerem Stehen und Gehen. Ungefähr an der Mitte des linken Unterschenkels an der lateralen Seite der Schienbeinkante eine kleine bohnengroße Verdickung dicht unter der Haut fühlbar, von mäßiger Druckempfindlichkeit. Nach einer 5 bis 10 Minuten dauernden Massage ist die Resistenz und damit auch die Druckempfindlichkeit an dieser Stelle ganz verschwunden, und Pat. erklärt sogleich auch beim Gehen, sich vollständig frei und leicht zu fühlen. Beim nochmaligen Besuch des Bades im Jahre darauf hat die gute Wirkung noch vorgehalten. Sein Hausarzt hat sich über den Vorgang, über den er sich gar nicht einen richtigen Vers habe machen können, sehr verwundert.

Fall: Frau Sch., 75 Jahr, kommt wegen allgemeiner Abspannung, Erscheinungen von leichter Arteriosklerose und Neurasthenie nach Salzschlirf. Klagt auch über unbestimmte, schmerzhafte Empfindungen im rechten Fuß und Unfähigkeit zu irgendwie längerem Gehen. Sonst für ihr Alter rüstig und gut konserviert. In der Gegend des Kahnbeins rechts Druckempfindlichkeit und mäßige polsterartige Verdickung des subkutanen Bindegewebes in etwa Zehnpfennigstückgroßer Ausdehnung. Nach kurzer Massage ist die Schwellung fast völlig verschwunden. Pat. fühlt alsbald ausgesprochene Erleichterung. Eine Wiederholung der Massage während des Kuraufenthalts wird als nicht mehr nötig abgelehnt. Etwa 6 Monate nachher teilt Pat. brieflich mit, daß der Fuß ihr noch keine weitere Belästigung verursacht hat.

Bei länger bestehenden Fällen und bei größerer Ausdehnung der Affektion sind aber oft große Geduld und Ausdauer auf Seiten sowohl der Kranken wie des Arztes erforderlich, und es sind auch Rückfälle nach anfänglicher Besserung dabei nicht ausgeschlossen.

Zur Behandlung verwendete Froriep außer Einreibungen mit Jodkalisalbe u. dgl. in erster Linie den elektrischen Strom, wobei er sich eines eigens für seinen Bedarf konstruierten Apparates mit einem Riesenmagneten und einer Drehscheibe bediente. Er hat damit, wie er berichtet, einen gut abstufbaren, induzierten Strom von sehr großer Stärke erzeugen können. Ob er auf diese Weise eine wirkliche Auflösung und Resorption der Ablagerungen erzielte, geht aus den mitgeteilten Krankengeschichten nicht deutlich hervor; jedenfalls waren aber die Resultate in Bezug auf das subjektive Befinden hoch befriedigend. Meiner persönlichen Erfahrung nach ist die Massage das wichtigste Mittel zur Behandlung. Man darf dabei natürlich nicht schematisch vorgehen, sondern muß die einzelnen Ablagerungen je nach ihren jeweiligen durch Lokalisation und sonstige Beschaffenheit gegebenen Indikationen bearbeiten. Hauptsächlich kommen Friktionen und Streichmassage zur Anwendung. Ohne Schmerzerregung geht die Behandlung allerdings nicht immer ab, zumal wenn es sich um ältere, eingewurzelte Ablagerungen von größerem Umfang handelt, welche während der relativ kurzen Zeit eines Kuraufenthaltes an einem Badeorte beseitigt werden sollen. Immerhin wird man stets konstatieren können, daß die Schmerzen innerhalb erträglicher Grenzen verbleiben, wenn man darauf Bedacht nimmt, immer das herzwärts gelegene Randgebiet der Verhärtung zuerst in Angriff zu nehmen und nur allmählich und nach erfolgter Beseitigung jeglicher Stauung in den zentralwärts gelegenen Geweben auf die härteren Teile der Geschwulst überzugehen. Man fühlt dabei ganz gewöhnlich, wie die anfangs mehr diffus ins gesunde Gewebe übergehenden Knollen sich abgrenzen und sich gewissermaßen auf ihren eigentlichen Kern beschränken. Vielfach beobachtet man auch ein Auseinandergesprengtwerden der Hauptmasse und Zerfall in mehrere kleinere Bestandteile, welche ungefähr die Empfindung wie ein Häufchen Johannisbeer- oder Stachelbeerkerne der palpierenden Hand darbieten. Ob die sogen. resorbierenden Mittel wie Jodkali und andere Jodpräparate, Salizyl u. dgl. einen wesentlichen Einfluß auf die Verteilung dieser Gebilde ausüben können, läßt sich schwer entscheiden. Jedenfalls ist es rationell, auf ihre Beihilfe nicht zu verzichten. Eine entschieden fördernde Wirkung ist auch dem Gebrauche von warmen Mineralbädern und namentlich auch der Heißluftbehandlung zuzuschreiben.

Zusammenfassung.

1. Die Froriep'sche Schwiele (Fibrositis) ist eine ganz häufig vorkommende Affektion, welche in einer Ansammlung von zelligen Elementen, namentlich im subkutanen Bindegewebe, besteht und an fast allen Körperstellen sich entwickelt.
2. Sie verursacht sehr intensive und andauernde Schmerzen von rheumatischer Art.
3. Zur Behandlung empfiehlt sich in erster Linie die Massage.
4. Die Aetiologie bedarf noch der weiteren Aufklärung.

II. Referate.

Prof. Dr. **H. Rietschel** (Würzburg): **Ueber die Ernährung der Säuglinge mit Milchfettmischungen.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 46.)

Verfasser tritt für die ausgedehntere Verwendung von fettreichen Milchmischungen in der Säuglingsernährung ein. Die Befürchtung, daß eine fettreiche Nahrung bei Säuglingen zu Ernährungsstörungen führt, daß sie insbesondere die exsudative Diathese zum Ausbruch bringt, ist nach R. unbegründet. Früher wurde zur Fettanreicherung fast nur die Milchsahne benutzt. Niemann benutzte als erster die Butter dazu, die er durch Auskneten mit frsichem Wasser von flüch-

tigen Fettsäuren befreite und dann der verdünnten Milch in zerlassenem Zustand zusetzte. Verfasser verwendet seit Jahren mit gutem Erfolg die Fettanreicherung der Milch durch Butter; die Entfernung der Fettsäuren ist dabei überflüssig; man kann unbedenklich frische Kochbutter zusetzen. Auch die von Czerny und Kleinschmidt angegebene Buttermehlnahrung, wobei die Butter in der Pfanne erhitzt, mit Mehl vermischt und zusammen gekocht, dann mit Wasser und Zucker nochmals aufgekocht wird, ist empfehlenswert, da sie in jedem Haushalt leicht herzustellen ist. R. hat mit dieser Buttermehlnahrung gute Erfahrungen gemacht.

Dr. **Ernst Stettner** (Erlangen): **Anregung rückständigen Wachstums durch Röntgenstrahlen.** (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 46.)

In zwei Fällen beobachtete Verfasser, daß bei Kindern durch Röntgenbestrahlung des Kopfes eines Anregung des Längenwachstums erfolgte. Wahrscheinlich wird eine Wirkung auf die Hypophyse ausgeübt. In dem einen Falle handelte es sich um einen 10jährigen Knaben, bei dem die Körperlänge und die Ossifikation einem 5jährigen entsprach. In dem zweiten Falle betraf die Hemmung allein die Bildung von Ossifikationszentren, während die Längenentwicklung ungestört verlief. Außer der Anregung des Wachstums wurde in beiden Fällen ein mächtiger Anreiz zum Auftreten von Knochenkernen ausgeübt, so daß durch wenige Bestrahlungen in einigen Monaten der Rückstand von mehreren Jahren nachgeholt wurde.

Prof. Dr. **Hermann Brüning** (Rostock): **Zur Frage der Vergiftung mit Ol. Chenopodii anthelminthici bei Wurmkuren im Kindesalter.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 47.)

Bei der Behandlung spulwurmkranker Kinder und Erwachsener mit dem amerikanischen Wurmsamenöl (Ol. Chenopod. anthelminthici), einem in Amerika offizinellen Mittel, sind neuerdings eine Reihe von schwerer Vergiftungsfällen vorgekommen, von denen eine Anzahl tötlich endigten. Zum Teil dürften diese Vorkommnisse auf Fälschungen beruhen; es wurde festgestellt, daß unter der Bezeichnung Ol. Chenopodii anthelm. z. B. Mischungen von Eucalyptusöl und Anisöl in den Handel gebracht wurden. Es scheinen aber auch aus richtigem Ol. Chenopod. hergestellte Präparate zu Vergiftungserscheinungen geführt zu haben. Jedenfalls ist Vorsicht bei der Darreicuhng von Ol. Chenopodii durchaus am Platze. Bei Kindern verfahre man nach B. folgendermaßen: Morgens 7 Uhr erstes Frühstück (eine Tasse Milch oder Milchkaffee mit einem Butterbrot), um 8 und 9 Uhr je soviele Tropfen Ol. Chenopodii, als das Kind Jahre zählt, jedoch nicht über 10 Tropfen, und zwar auf 1 Stückchen Zucker oder in Milch verrührt. Um 11 Uhr ein reichlich bemessenes Abführmittel, am besten 10—30 g Rizinusöl je nach dem Alter des Kindes oder eine entsprechende Dosis Pulv. Liquirit. comp. oder Pulv. Magnes. cum Rheo. Erfolgt bis 2 Uhr nachm. keine ordentliche Stuhlentleerung, so wird das Abführmittel noch einmal gegeben. Hiermit ist die Kur beendet. — Wenn man das Ol. Chenopodii in Tropfenform nicht verwenden will, kann man nach Verf. das von ihm früher empfohlene Wermolin (Emuls. Ol. Chenopod.) der Deutschen Wermolinwerke in Berlin geben.

Prof. **L. Lichtwitz** (Altona): **Der Kapillarpuls bei Infektionskrankheiten, besonders bei der Grippe.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 46.)

Unter Kapillarpuls versteht man eine stoßweise Fortpflanzung der Pulswellen in die Arteriolen und Kapillaren, sichtbar an dem rhythmischen Erröten und Erblassen der Haut, insbesondere auch der Fingernägel. Der Kapillarpuls kommt vorwiegend bei der Aorteninsuffizienz vor, aber auch unter mancherlei anderen Bedingungen. Auch beim Fieber beobachtet man Kapillarpuls. Im Verlauf der Grippeepidemie sah L. sehr oft Kapillarpuls, und zwar in 33 Proz. der mit Pneumonie komplizierten Fälle und in 20 Proz. der Kranken ohne erkennbaren Lungenherd. Auch bei schweren Typhuskranken, ferner in einem Falle von schwerem toxischen Scharlach und in einem schweren Falle von Erysipel fand sich ein Kapillarpuls. Das Symptom wurde bei Körpertemperaturen zwischen 37° und 41° gesehen, und überdauerte nicht selten das Fieber. Die Pulszahlen betrugen 70 bis 140, der Blutdruck war oft niedrig. Der Kapillarpuls erschien nicht nur bei fieberhalt geröteter Haut, sondern auch bei Kranken mit Hautblässe, mit zyanotischer Blässe und mit allen Zeichen der Vasomotorenlähmung. In einigen Fällen war der Kapillarpuls selbst bei extremer Kreislaufschwäche noch kurz vor dem Tode sichtbar. Der Kapillarpuls bei Infektionskrankheiten ist nach Verfasser der Ausdruck einer toxischen Schädigung der Arteriolen und Kapillaren.

Dr. **Robert Löwy** (Wien): **Ueber atypische Fleckfiebererkrankungen.** (Wiener med. Wochenschrift, Nr. 44.)

Wie schon von anderen Beobachtern hervorgehoben wurde, weist Verfasser darauf hin, daß die Schwere des Krankheitsbildes beim Fleckfieber mit dem Alter steigt. Jedoch kommen Ausnahmen vor. So beobachtete Verfasser bei einem 72jährigen Manne mit mäßiger Arteriosklerose einen sehr leichten Fleckfieberverlauf ohne Exanthem. Bei Kindern verläuft die Krankheit fast immer leicht, nicht selten ohne Exanthem. Von 148 Fällen im Kindesalter (1—13 Jahren) in einer Epidemie verlief nur 1 Fall tötlich; dieser Fall betraf ein schwer tuberkulöses Kind. Als Beispiel von leichtem, vollkommen atypischem Verlauf bei Kindern teilt L. drei Fälle mit. Bei allen fand sich 5—7tägiges Fieber bei relativem Wohlbefinden. Bis auf eine Milzvergrößerung in 2 Fällen war der körperliche Befund negativ; insbesondere fehlte jedes Exanthem. Nur der epidemiologische Zusammenhang und die ziemlich ausgesprochene Weil-Felix'sche Reaktion sprachen für Fleckfieber.

Dr. **Robert Pfeiffer** (Wien): **Typische Halbseitenlähmung im Verlauf eines Typhus exanthematicus.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 44.)

Daß das Zentralnervensystem mehr oder weniger beim Fleckfieber in Mitleidenschaft gezogen ist, ist bekannt. Trotzdem sind Störungen, die eine größere Läsion, einen ausgebreiteten Herd im Gehirn vermuten lassen, sehr selten. Verfasser berichtet über einen derartigen Fall. Es handelt sich um eine 26jährige Kranke, bei welcher im Beginn der dritten Woche einer Fleckfiebererkrankung eine typische zerebrale Halbseitenlähmung mit Beteiligung des motorischen und sensorischen Sprachzentrums apoplektiform auftrat. Die Erscheinungen bildeten sich ziemlich schnell im Verlauf einiger Wochen zurück. Nach Verfasser handelte es sich um einen größeren embolischen oder thrombotischen Herd im Bereich der linken Arteria cerebri media.

Dr. **Heinz Grossfeld** (Krakau): **Ueber Onychodystrophie nach Fleckfieber.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 46.)

Verfasser beschreibt eine Veränderung an den Nägeln der Finger und Zehen, die in der Rekonvaleszenz von Fleckfieber auftritt. Ungefähr im zweiten Rekonvaleszenzmonat bemerkt man in der Gegend der Lunula einen weißlich gefärbten, im Vergleich zur übrigen Nagelplatte weniger durchsichtigen Querstreifen, dessen proximaler Rand zunächst noch vom Nagelwall bedeckt ist. Der Streifen ist 2—3 mm breit, an den verschiedenen Fingern und bei verschiedenen Kranken verschieden durchsichtig. Die halbmondförmige Form der Lunula schwindet. Der Streifen liegt nicht im Niveau der übrigen Nagelplatten, sondern weist zunächst eine Einsenkung im Bereich des ganzen Streifens auf, daneben mannigfache, mit dem Auge wahrnehmbare längsovale Erhabenheiten. Mit dem Wachsen des Nagels rückt der Streifen immer weiter nach vorn, etwa im sechsten Monat ist er am distalen Nagelrand angelangt. Inzwischen ist die weißliche Verfärbung des Streifens geschwunden und nur die Einsenkung mit den kleinen Erhabenheiten geblieben. Es handelt sich nach Verfasser um eine Wachstumsstörung desjenigen Nagelstückes, das während des Fleckfiebers gebildet wird, zu einer Zeit, wo die Blutversorgung der Matrix infolge der Entzündung der präkapillaren Gefäße erheblich stockt und dabei die Nagelbildung beeinträchtigt ist. Nach Verfasser kann man aus dieser Nagelveränderung das Ueberstehen des Fleckfiebers einige Monate nach der Erkrankung diagnostizieren.

Dr. **Bruno Glaserfeld** (Berlin-Schöneberg): **Rückfallfieber und Salvarsan.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 47.)

Verfasser hatte Gelegenheit, während des Krieges im ungarisch-rumänischen Grenzgebirge 500 Fälle von Rekurrens mit Salvarsan zu behandeln. Auf Grund seiner dabei gemachten Erfahrungen erklärt er Salvarsan als ein Mittel, welches stets eine Therapia sterilisans magna herbeiführt, vorausgesetzt, daß es richtig dosiert und bei Kontraindikationen nicht angewandt wird. 0,6 Neosalvarsan führt im ersten Anfall oder in der ersten Hälfte des zweiten Anfalls zur Abkürzung des Anfalls und zur Kupierung der Krankheit. Im Intervall kürzt 0,6 Neosalvarsan den nächsten Anfall wesentlich ab, ohne ihn ganz zu verhindern. Vom dritten Tage des zweiten Anfalls ab erzielt man mit 0,3 Neosalvarsan dieselben guten Resultate wie mit 0,6. Die Rekonvaleszenz wird durch Salvarsan außerordentlich abgekürzt, die Blutarmut schwindet schnell. Kontraindiziert ist die Salvarsanbehandlung nach Verfasser a) bei dekompensierten Herzaffektionen, b) bei Nierenkrankheiten mit ausgeprägten Funktionsstörungen, c) wenn schwerste Krankheitserscheinungen, insbesondere Ikterus, bei sehr heruntergekommenen Individuen bestehen.

Prof. **A. Schwenkenbecher** (Frankfurt a. M.): **Ausgedehntes Hautemphysem bei Grippe.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 47.)

Subkutanes Emphysem bei Grippe wurde bisher in der Literatur nicht erwähnt. Verfasser teilt deshalb 3 zu seiner Kenntnis gekommenen Fälle mit. In 2 Fällen handelte es

sich um Erwachsene, bei denen die Krankheit tötlich verlief; der dritte Fall betraf ein 7jähriges Mädchen, bei welchem die schwere Erkrankung zur Heilung gelangte. In allen Fällen war besonders die obere Körperhälfte, vor allem das Gesicht, der Sitz des Hautemphysems.

Felix Deutsch (Wien): **Die intravenöse Urotropinbehandlung des akuten Gelenkrheumatismus.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 45.)

Verfasser hat 61 Fälle von mittelschwerem und schwerem akuten Gelenkrheumatismus ausschließlich mit intravenösen Einspritzungen von Urotropin behandelt. Der Kranke erhält täglich 20 ccm einer 30 proz. Urotropinlösung (in destilliertem Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung) intravenös bis zum Abklingen der objektiven Symptome. Dazu sind 6—15 Injektionen notwendig, durchschnittlich 7. Im allgemeinen war der Erfolg durchaus zufriedenstellend. Vereinzelte Fälle verhielten sich refraktär. In diesen Fällen erzielte Verfasser zuweilen mit Melubrin oder Methylenblausilber Heilung. Im ganzen glaubt Verfasser, daß die Krankheitsdauer durch die intravenöse Urotropinbehandlung abgekürzt wird. Von den behandelten Fällen waren 34 Ersterkrankungen, 27 Rezidivfälle. Von den ersteren zeigten 24 keine Mitbeteiligung des Endokards, 10 deutliche Klappenerkrankungen; von den letzteren waren 19 mit, 8 ohne Endokardaffektion. Verfasser betont, daß keine Behandlung des Gelenkrheumatismus eine Endokarditis mit Sicherheit verhüten kann, weil die Endokarditis nicht die Folge, sondern eine begleitende Erkrankung der Gelenkerkrankung ist, ihr sogar nicht selten vorausgeht. Was die Frage der Nebenwirkungen anlangt, so trat zuweilen eine Harnblasenreizung bis zur ausgesprochenen Hämaturie auf. Letztere sah Verfasser in 3 Fällen. Nur in einem Falle hielt die Hämaturie 4 Tage an.

III. Bücherschau.

Lehrbuch und Atlas der Zahnheilkunde mit Einschluß der Mundskrankheiten, von Dr. med. et phil. **Gustav Preiswerk,** vormals Dozent in Basel. Dritte verbesserte und vermehrte Auflage. München, J. F. Lehmanns Verlag. 1919. 396 S. Preis 36 M.

Der gesamten Zahnheilkunde sind in der Lehmann'schen Sammlung medizinischer Handatlanten 5 Bände gewidmet. Der vorliegende Band behandelt speziell die Krankheiten der Zähne und der übrigen Gebilde der Mundhöhle (Zahnfleisch, Zunge, Speicheldrüsen usw.); auch die Anatomie und Physiologie der Mundhöhle, Kiefer und Zähne wird eingehend berücksichtigt. Der Text stellt ein zusammenhängendes Lehrbuch dar; er trägt ein individuelles Gepräge, da Verf. sich hauptsächlich auf seine eigenen Beobachtungen und Erfahrungen stützt, mehrfach auch die Ergebnisse eigener experimenteller Untersuchungen bringt. Was die Abbildungen anlangt, so reiht sich vorliegender Atlas den besten der Lehmann'schen Sammlung gleichwertig an; das illustrative Material umfaßt 56 vielfarbige Tafeln und 141 Textabbildungen; die Ausführung der Tafeln verdient uneingeschränktes Lob, sie ist durchaus friedensmäßig, ebenso Druck und Papier. Wir empfehlen die neue Auflage des Atlas allen Kollegen, die eine eingehendere Kenntnis der Mund- und Zahnkrankheiten anstreben; der im vorliegenden Band behandelte Teil der Zahnheilkunde ist nicht nur für Zahnärzte von Wichtigkeit. Auch die praktischen Aerzte, zumal auf dem Lande, die Chirurgen, Nasen- und Kehlkopfärzte usw. sollten bis zu einem gewissen Grade mit diesem Gebiet vertraut sein.

R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Die Erweiterung der Versicherungspflicht bei den Krankenkassen ist durch den Ausschuß für Sozialpolitik der Nationalversammlung und den Reichsrat in der Weise erfolgt, daß als Grenze für die Versicherungspflicht das Einkommen von 20 000 M. festgesetzt wurde. Inzwischen hat die Groß-Berliner Aerzteschaft zu dieser Frage Stellung genommen. In einer am 8. April im Langenbeck-Virchowhaus vom Groß-Berliner Aerztebund einberufenen Allgemeinen Aerzteversammlung wurde eine Entschließung angenommen, welche die Erweiterung der Versicherungspflicht in dieser Ausdehnung als nicht gerechtfertigt zurückweist, eine entsprechende Erhöhung des ärztlichen Honorars fordert, die bisherigen Verträge als hinfällig erklärt und, wenn auch nicht direkt ausgesprochen, die freie Arztwahl verlangt. In einer Versammlung des Zentralverbandes der Kassenärzte von Groß-Berlin am 9. April wurde dann folgender Beschluß gefaßt:

Angesichts der bei Abschluß der letzten Verträge nicht vorausgesehenen und nicht vorauszusehenden Erhöhung der Versicherungsgrenze, angesichts der Beseitigung der für die Bemessung der gegenwärtigen Kassenärzte-Honorare maßgebenden Grenzen der Grundlöhne sowie angesichts der seit dem Vertragsabschluß eingetretenen außerordentlichen Entwertung des Geldes, hält der Zentralverband der Kassenärzte von Groß-Berlin die gegenwärtigen kassenärztlichen Verträge nach § 626 des B. G. B. für hinfällig. Ehe jedoch demgemäß den kassenärztlichen Organisationen aufgegeben wird, die Verträge zu kündigen und um keine Unterbrechung in der ärztlichen Versorgung der Versicherten eintreten zu lassen, ersucht der Zentralverband unter Vorbehalt aller Rechte der Kassenärzte innerhalb einer Frist von zehn Tagen um Erklärung, ob die Krankenkassen bereit sind, mit ihnen in sofortige Verhandlungen einzutreten, die innerhalb sechs Wochen nach Beginn beendet sein müssen.

Die in diesen Beschlüssen niedergelegte Auffassung haben wir schon vor einigen Wochen (Nr. 10, S. 44 d. Jahrgangs) vertreten.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Rona, Leiter des physiologisch-chemischen Laboratoriums am städtischen Krankenhaus am Urban, hat einen Ruf als ordentl. Professor der Pharmakologie an die Universität Dorpat erhalten.

Halle a. S. Im Alter von 70 Jahren starb hier Geh. Sanitätsrat Prof. Dr. Heßler, Privatdozent für Ohrenheilkunde an der Universität. — Prof. Dr. Alexander Stieda wurde zum ordentl. Honorarprofessor ernannt.

Bonn. Für Physiologie habilitierte sich Dr. med. et phil. Junkersdorf, Assistent am physiologischen Institut.

Marburg. Die Professur für Kinderheilkunde wurde dem bisherigen Breslauer Privatdozent Prof. Dr. Bessau übertragen.

München. Für innere Medizin habilitierte sich Dr. Jansen, Assistent der zweiten medizinischen Klinik.

Erlangen. Der Ordinarius für Augenheilkunde Prof. Oeller wird nach Ablauf des Sommersemesters vom Lehramt zurücktreten.

Gießen. Im Alter von 63 Jahren starb der ordentliche Professor der Anatomie Prof. Dr. Strahl, Direktor des anatomischen Instituts.

Bäderwesen.

Franzensbad. Zwecks Beschaffung größerer Mengen von kohlensäurehaltigem Mineralwasser zu Badezwecken wurden von der Kurverwaltung in dem Tertiärlager des Franzensbader Beckens Bohrungen vorgenommen. Als Ergebnis erheben sich zwei neuerschlossene Mineralquellen als mächtige Springquellen 12 Meter hoch über die Erdoberfläche und bilden eine herrliche Naturerscheinung. Drei andere zeigen einen höheren Glaubersalzgehalt als die bereits bestehenden alten. Die jüngste hat einen Glaubersalzgehalt, welcher den aller bisher bekannten ähnlichen Mineralquellen um mehr als das Dreifache übersteigt.

Die Kurorte in den besetzten deutschen Gebieten.

Vielfach ist in Deutschland das Gerücht verbreitet, daß eine Reise in die Badeorte der besetzten Gebiete am Rhein mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sei und der Aufenthalt in diesen Kurorten besondere Unannehmlichkeiten mit sich bringe. Dieses Gerücht entbehrt durchaus der Begründung. Zum Besuch der Bäder im besetzten Gebiet ist nur ein Reisepaß oder ein sog. Personalausweis mit Bild und Unterschrift erforderlich, die von den deutschen Heimatbehörden ausgestellt werden. Eine Kontrolle findet nirgends statt.

Die unheilvolle Bedeutung solcher Gerüchte liegt darin, daß sie den Abtrennungsbestrebungen in den besetzten Gebieten den größten Vorschub leisten, indem sie von den Förderern dieser Bewegung dazu benutzt werden, bei jeder Gelegenheit die Bevölkerung darauf hinzuweisen, wie sie von Deutschland geschädigt und preisgegeben würde. Die Bevölkerung im besetzten Gebiet, die durch und durch deutsch ist und den Loslösungsbestrebungen feindlich gegenüber steht, berührt es besonders schmerzlich, wenn auf diese Weise den feindlichen Bestrebungen in die Hände gearbeitet wird.

Gerade in den für das besetzte Gebiet so schweren Zeiten sollte nach Möglichkeit der engste Zusammenhang auch mit diesen Teilen unseres Vaterlandes betätigt werden, um sie in ihrer Bedrückung zu ermutigen und ihre deutsche Gesinnung aufrecht zu halten. Die ärztliche Gesellschaft für Mechanotherapie, in deren Jahresversammlung die Angelegenheit zur Sprache gebracht wurde, ist sich darüber einig, daß die deutschen Aerzte es als eine vornehme Pflicht ansehen sollen, in ihren Kreisen nach Kräften diesen falschen Gerüchten entgegenzutreten, um weitere Schädigungen wirtschaftlicher und politischer Art von den besetzten Gebieten fernzuhalten.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang **Berlin, 24. April 1920** **No. 17**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung



ZITTMANNIN (tabl. 0,3) — **Das alte bekannte Decoct. Sarsaparillae compositum (Zittmanni) in moderner, genau dosierter Form.**

Eine Nachkur während der Karenzzeit nach vorausgegangener Quecksilber- oder Salvarsan-Behandlung, Beeinflussung der nach Quecksilber auftretenden Störungen (Eczeme, Stomatitis). Dauer der Kur 4 bis 6 Wochen, 3×2 bis 3×4 Tabl. täglich.

Zittmannin kommt in Schachteln zu 40 und 80 Tabletten in den Handel und ist durch alle Apotheken erhältlich. Literatur u. Proben zu Diensten.

Fabrik: **SARSA, chem. pharm. G. m. b. H., Berlin 6,** Karlstr. 31.

Menthasept

„Jasper" geschützt

hat sich infolge seiner vorzüglichen, prompten Wirkung guten Eingang verschafft und gilt in Aerztekreisen als

bestes

innerliches keimtötendes Mittel. Verlangen auch Sie bitte Muster dieses in tausenden von Fällen als sicher erprobten

Desinficiens

Kavakavin

ges. geschützt

Vorzüglich bewährt bei allen Leiden der Blase und der Harnwege. Nach dem Urteil berühmter Kliniker, die dasselbe ständig verordnen, als

bestes

und prompt wirkendes Mittel zu bezeichnen. Bestandteile sind: Resina Kawa-Kawa, Hexamethylentetramin und Ol. santali, deshalb ein unfehlbares

Antigonorrhoicum

Literatur und Proben gratis und franko zu Diensten.

Alleinige Fabrikanten:

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
Bernau bei Berlin.



sind unstreitig die besten Platten für Röntgenaufnahmen. Höchste Empfindlichkeit, absolut klar, reine Schicht, präzise Wiedergabe der feinsten Strukturen.

Bezugsquelle sämtlicher Chemikalien gebrauchsfertig oder in Substanz.

Dr. Mayer & Rotzler
Fabrik photograph. Platten und Chemikalien
Karlsruhe i. Baden.

Kein Jodtinktur-Mangel mehr!

Auf Grund eingehender ärztlicher Erprobungen kann das von uns seit Jahren alleinig hergestellte Specialpräparat

„HERPELIBRIN-liquidum"

(ges. gesch.)

als vollwertiger Ersatz für TINKT. JODII

angesehen werden.

Besonders festgestellte Vorzüge des „HERPELIBRIN-liquidum" gegenüber der Tinct. Jodii sind:

I. Absolute Ausschaltung von Reizerscheinungen,
II. Vollkommene Reinlichkeiten bei den Indikationen, da „HERPELIBRIN-liquidum" durch besondere Verfahren farblos gemacht ist,
III. Unbegrenzte Lieferfähigkeiten,
IV. Enorme Billigkeit der Preise gegenüber der heute ständig steigenden Konjunktur und Knappheit des Jodpräparates.

Die Preisnotierungen für „HERPELIBRIN-liquidum" sind:

500 Gr. . . .	Mk. 28.—	incl. Glas und Emballage	Korbfl. à 10 Kilo	Mk. 51.—	per Ko. excl. Glas und Emballage
1000 „ . . .	„ 54.—	„ „ „ „	„ à 25 „	„ 50.—	„ „ „ „ „ „
5000 „ . . .	„ 52.— per Ko.	„ „ „ „	Ballon à 60—70 Kilo .	„ 48.—	„ „ „ „ „ „

Sonderpreise für höhere Quantitäten auf gefl. Anfrage.

„HERPELIBRIN-liquidum" ist durch den pharmaz. Großhandel zu beziehen oder vom alleinigen Fabrikanten

Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate Robert Poenitz, Delmenhorst i. Old.

Telegr.-Adr.: Medikament. Fernruf 487.

89. Jahrgang | Berlin, 24. April 1920 | No. 17

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 8302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber Seuchenschutz durch Ungezieferbekämpfung.

Von
Dr. Alfred Freymuth,
Vorstand der Seuchenschutzstelle für Groß-Berlin.

Die lange Dauer des Krieges, die oft recht primitiven Lebensbedingungen unserer Truppen an der Front, die enge Berührung mit allen möglichen, in hygienischer Beziehung noch recht unkultivierten Völkern, im besetzten Gebiete und in Gefangenenlagern, ließen die Sorge weiter Kreise unseres Volkes sehr berechtigt erscheinen, daß unsere Heimat von Seuchen aller Art heimgesucht werden würde. Besonders waren es die im Osten und Südosten Europas beheimateten Seuchen, Pocken, Cholera, Pest und Fleckfieber, denen gegenüber unsere Hygieniker ihre ganze Wachsamkeit aufbieten mußten. Aber es ist einer der wenigen erfreulichen Momente in dem unheilvollsten aller Kriege, daß es dank der bei uns im Heere und in der Zivilbevölkerung mustergültig durchgeführten Hygiene zu keiner größeren Epidemie gekommen ist.

Jedoch auch diesem Freudenbecher waren Wermuttropfen nicht erspart. Einer Seuche gelang es, wenn auch glücklicherweise in verhältnismäßig geringem Umfange, in unser Land einzudringen: dem Fleckfieber, einer Krankheit, die wir, mit einiger Uebertreibung gesagt, nur noch aus Lehr- und Geschichtsbüchern kannten.

Daß diese Seuche, die zuerst und hauptsächlich in Rußland und auf dem Balkan, dann mit den Truppenverschiebungen an allen Fronten auftauchte, die Grenzen überschreiten und in Deutschland Fuß fassen konnte, hatte seinen Grund in der am Anfang des Krieges noch völligen Unkenntnis über ihre Entstehung und Uebertragung. Erst ihre erschreckende Ausbreitung im Heere rief eine große Zahl erlesenster Forscher auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung auf den Plan. Leider hat die deutsche Wissenschaft in dem Kampfe gegen diesen „inneren" Feind schwere und unersetzliche Verluste erlitten. Männer wie Jochmann, Provazek, Cornet, Pappenheim, um nur einige Namen zu nennen, sind bei ihren Studien um die Erforschung des Fleckfiebers diesem zum Opfer gefallen.

Das Fleckfieber kannten wir schon aus früherer Zeit unter dem Namen „Hungertyphus". Dieser Name wurde von der Tatsache hergeleitet, daß die Seuche sich nur in den Schichten der Bevölkerung ausbreitete, die im tiefsten sozialen Elend zu leben gezwungen waren. Bald zu Beginn der neueren Forschung (1915) fand man jedoch, daß nicht ungenügende Ernährung den Boden der Krankheit vorbereitete, sondern daß Mangel an Körperpflege und Sauberkeit als eigentliche Grundlage für die Ausbreitung anzusprechen ist. Denn nach dem heutigen Stande der Wissenschaft wird Fleckfieber einzig und allein durch die Kleiderlaus — Pediculus vestimenti Nitvsch — übertragen. Ohne Kleiderlaus kein Fleckfieber!

Nach dieser Erkenntnis begann die Biologie der Kleiderlaus das Interesse der Zoologen und Hygieniker wach zu rufen. Ganz besonders intensiv hat sich auf diesem Gebiete der Jenaer Zoologe Prof. A. Hase betätigt; seine sehr empfehlenswerte Arbeit ist unter dem Titel: „Beiträge zur Biologie der Kleiderlaus" bei A. Parey, Berlin, erschienen. Hase stellte vor allem fest, daß die Kleiderlaus nur von strömend warmem Blute lebt, das sie nach einem Einstich in die Haut des Warmblüters aufsaugt, daß sie in Wäsche und Kleidern, aber auch in Lagerstätten und in Wohnungen, kurz überall da vorkommt, wo Verlauste sich aufhalten, also auch z. B. in Eisenbahnwagen und anderen öffentlichen Verkehrsmitteln.

Das Fleckfieber ist eine Infektionskrankheit mit einer Inkubationszeit von 14 Tagen bis zu 3 Wochen. Das Prodromalstadium zeigt keine Besonderheiten gegenüber dem anderer Infektionskrankheiten. Die Erkrankung selbst beginnt plötzlich mit hohem Fieber (39—40 Grad), das sich einige Tage lang dauernd auf dieser Höhe hält. Die Fieberkurve unterscheidet sich deutlich von der des Abdominaltyphus, kann aber immer auch für andere Infektionskrankheiten sprechen, namentlich für Grippe. Katarrhe der Schleimhäute der Augen und der Luftwege treten auf, welche die Differentialdiagnose gegenüber der Grippe auch noch erschweren können. Sie sind ähnlich wie bei Masern, mit denen das Krankheitsbild in den ersten Tagen zu verwechseln wäre, wenn nicht das für Masern so charakteristische Exanthem schon am ersten Fiebertage in die Erscheinung treten würde, während bei Fleckfieber erst am 5. Tage, an dem immer noch das hohe Fieber vorhanden ist, endlich das Symptom erscheint, das für diese Krankheit typisch ist: der eigenartige Ausschlag mit seinen stecknadelkopf- bis linsengroßen dunkelroten, etwas verwaschenen Fleckchen, die sich schnell über den ganzen Körper ausbreiten, vielfach auch Hände und Füße nicht verschonen, aber das Gesicht stets frei lassen. Von dieser Zeit an ist auch die Felix-Weil'sche Reaktion eindeutig zu erkennen, leider etwas spät und zu einer Zeit, wo die klinischen Symptome die Diagnose schon gesichert haben. Das Fieber hält sich von nun an noch weiter auf der Höhe, die Krankheitserscheinungen nehmen dauernd zu, die Infektion des ganzen Organismus macht sich in einer Herzschwäche mit schnellem und weichem Puls bemerkbar, und nach einer Dauer von etwa 2 Wochen tritt die Entscheidung

ein: entweder kommt es auf lytischem Wege zu einer Entfieberung und Heilung, oder die allmählich zunehmende Herzschwäche führt zum Exitus.

Mit dem Moment, wo man die Ursache der Fleckfieberverbreitung kennen lernte, setzte auch der Kampf gegen die Kleiderläuse ein. Zur Vernichtung der Kleiderläuse und ihrer Brut gibt es verschiedene Wege.

Am einfachsten ist die mechanische Methode, bei der man die einzelnen Tiere und Eier aufsucht und vernichtet. Auf die Zweckmäßigkeit und Wichtigkeit dieses einfachsten Verfahrens muß unbedingt durch Aufklärung und Belehrung hingewiesen werden, besonders da, wo es sich nur um eine geringe Verlausung handelt. Wenn aber die Läuseplage einen so großen Umfang angenommen hat, wie etwa während des Krieges an der Front, oder auch jetzt in gewissen Durchgangs- und Massenquartieren der Großstadt, da reicht diese individuelle Schutzmaßnahme bei weitem nicht aus.

Eine zweite Methode der Bekämpfung der Kleiderläuse ist auf die biologische Beobachtung von Hase aufgebaut, daß eine Kleiderlaus-Generation ohne Nahrungszufuhr innerhalb von 39 Tagen zugrunde geht. Wenn nun Warmblüter von Wohnungen, Betten, Kleidungsstücken usw. 40 Tage lang ferngehalten werden, dann kann man mit Sicherheit darauf rechnen, daß sämtliche Kleiderläuse mit Brut zugrunde gegangen sind. So einfach theoretisch diese Art von Läusebekämpfung erscheint, ist sie doch praktisch in ausgiebiger Weise kaum durchführbar, zumal bei unseren gegenwärtigen traurigen Wohnungs- und Kleidungsverhältnissen.

Mit großem Erfolge hat man im Kriege lange Zeit als dritten Weg die physikalische Methode herangezogen. In diesem Falle wird die Laus mit Brut durch heiße Luft oder strömenden Wasserdampf getötet. Sie hat aber den Nachteil, daß kostspielige Heizanlagen erforderlich sind und wollene Bekleidungsgegenstände und Ledersachen in ihrer äußeren Beschaffenheit höchst unliebsam verändert werden.

Der vierte Weg ist die Vernichtung der Kleiderläuse durch chemische Mittel, die individuelle Anwendung finden. Anfangs bediente man sich für diesen Zweck scharf riechender Stoffe, die man nach Art der Mottensäckchen in Kleider und Betten legte. Damit erreicht man aber höchstens, daß die Kleiderläuse eine kurze Strecke weit sich fernhalten, bis sie schließlich, wenn der Hunger zu groß wird, ihre Scheu überwinden. Anders liegen die Dinge bei der Anwendung von chemischen Mitteln, die man dem Waschwasser zur Körperreinigung oder zur Wäschesäuberung oder zum Aufwischen der Wohnungen zusetzt. Solcher Mittel bringt die Industrie eine ganze Menge von guter Brauchbarkeit auf den Markt. Diese Art der Ungezieferbekämpfung ist für Haus und Familie von größter Bedeutung. Für die Massenbekämpfung der Läuse kommt sie nur als unterstützende Maßnahme in Betracht, kann aber nicht als ausreichend bezeichnet werden.

Für den Großbetrieb verwendet man entweder Desinfizientia, wie Phenole, Kresole (Lysol, Kresotin, Kresol, Caral a. a.), oder insektizide Gase (wie Blausäure und schweflige Säure.

Als beste und einzige Hilfe großen Stils kommen für die Bekämpfung eigentlich nur Entlausungsanstalten in Frage. Solche Anstalten lassen sich je nach Bedarf, in jeder gewünschten Größe, herstellen. Sie wurden zuerst an der östlichen Landesgrenze, dann an allen Grenzstationen und kleinere in der Nähe der Front eingerichtet. Jeder, der von der Front in die Heimat reiste, mußte eine solche Anstalt passieren und eine Entlausung über sich ergehen lassen, gleichgültig, ob er verlaust war oder nicht. An der Front, natürlich auch in der Etappe, wurden die Truppen regelmäßig in den Entlausungsanstalten gesäubert und die Lagerstätten durch Reinigen mit Kresolseifenlösung und anderen Mitteln ähnlicher Art nach Möglichkeit vom Ungeziefer befreit.

Die Entlausungsanstalten bestehen in der Hauptsache aus einem Brause- bzw. Baderaum, vor dessen Betreten erforderlichenfalls Kopf- und Körperhaare entfernt werden — und einem Raum für die Kleider bzw. Ausrüstung. Während des Badens und Ausruhens werden die Sachen entlaust, wofür man zuerst die schon oben aufgeführte physikalische Methode in Anwendung brachte. Diese Methode hat außer der bereits erwähnten den weiteren Nachteil, daß vielfach, namentlich wenn die Anstalten überlastet waren, die Hitze nicht in ihrer ganzen Intensität die Kleidungsstücke durchdrang, und es statt zu einer Erhitzung nur zu einer Erwärmung kam, die vielfach als angenehme Bruttemperatur ein schnelleres Ausschlüpfen der Läuse aus den Nissen begünstigte. Einen großen Fortschritt bedeutete die Durchströmung der Kleider mit giftigen Gasen. Zuerst erinnerte man sich aus dem Kampf der Mühlen gegen die Mehlmotte der Durchgasung von Räumen mit schwefliger Säure, die sich ja seit grauen Zeiten des Bürgerrechts auf dem Gebiete der Ungezieferbekämpfung erfreut. Sie wird beim Verbrennen von Schwefel und schwefelhaltigen Stoffen erzeugt und kommt neuerdings in komprimierter Form als vollkommen wasserfreie Flüssigkeit (100 % SO_2) in den Handel. Als aber im Verlauf des Krieges der Schwefel restlos der Kriegsindustrie zugeführt werden mußte, war man gezwungen, zu einer anderen giftigen Gasart zu greifen. Schon im Jahre 1908 haben unabhängig voneinander die Zoologen Prof. Dr. Heymons (Berlin) und Prof. Dr. Escherich (München) auf die Blausäure als ein in Amerika schon seit mehr als 30 Jahren allgemein angewandtes Mittel zur Bekämpfung von Schädlingen hingewiesen. Ihrer allgemeinen Anwendung als Bekämpfungsmittel von Ungeziefer stand aber ihre bekannte hochgradige Giftigkeit im Wege. Erst als infolge der Kriegsblockade die Not aufs höchste stieg, entschloß sich die Regierung, wenn auch sehr schweren Herzens, zur Anwendung der Blausäure für die Bekämpfung der Mehlmotte wie auch für die Entlausung.

Die Blausäure ist in Gasform spezifisch leichter als die Luft und außerordentlich diffusibel, Eigenschaften, die bei der Entwicklung, vor allem aber auch bei der Fortschaffung der Blausäure nach getaner Arbeit eine große Rolle spielen. Das Blausäure-Entlausungsverfahren wird seit 1917 angewendet und zwar zur Entlausung von Kleidern und von Wohnräumen. Kleider werden zur Entlausung in sog. Blausäurekammern aufgehängt, die absolut sicher abgedichtet sein müssen, um nicht ihre Umgebung zu gefährden. Die Blausäure wird jedesmal frisch durch Einwirkung verdünnter Schwefelsäure auf Cyannatrium entwickelt. Nach etwa ¾ Stunden werden die Lüftungsklappen am Boden und am Dach der Blausäurekammer geöffnet, so daß die Blausäure entweichen kann, wobei es zweckmäßig ist, den natürlichen Luftstrom durch Ventilatoren am Dach der Blausäurekammer zu unterstützen. Nunmehr werden die Kleider noch ¾ Stunde bis 1 Stunde im Freien gelüftet, und so der Rest der Blausäure aus den Kleidern entfernt. Da die Bedienungsmannschaften, welche sich mit der Schädlingsbekämpfung befassen, ihre Funktion inmitten einer Atmosphäre ausüben, deren Giftigkeit so groß ist, daß einige Atemzüge zur plötzlichen Tötung ausreichen, sind besondere Sicherheitsmaßnahmen erforderlich. Insbesondere müssen die Arbeiter sich vor Einatmung der Blausäure durch den Heeressauerstoffapparat (H. S. S.) schützen, dessen lebensrettende Bedeutung während des Krigs zur Genüge erprobt wurde. Die bekannte Gasmaske genügt als Schutz gegen die Blausäruedämpfe nicht. All die Gefahren und damit die Notwendigkeit einer um so größeren Sorgfalt in den Schutz- und Abwehrmaßnahmen steigern sich in der Ungezieferbekämpfung in den Wohnräumen. Hier wird die Blausäure-Entwicklung ebenso vorgenommen, wie in den Blausäurekammern; nur muß auf ein sorgfältiges vorheriges Verkleben der Ritzen und Fugen Bedacht genommen werden.

Die ganz besonders großen Gefahren, die mit der Ungezieferbekämpfung vermittels Blausäure vorhanden sind, haben die Anwendung dieses Verfahrens nur berechtigt, so lange uns kein Schwefel zur Verfügung stand und die Blausäure als Notbehelf in Frage kam. Jetzt, da die Kalamität in der Beschaffung des Materials aufgehört hat, ist es dringend erforderlich, wieder zu dem Schwefligsäure-Verfahren zurückzukehren, das je nur der Not gehorchend verlassen wurde. Zwar ist die Schweflige Säure auch giftig; aber während Blausäure trotz ihres eigentümlichen Geruches erfahrungsgemäß vor der Gefahr nicht stark genug warnt, erzeugt schweflige Säure schon in schwacher, praktisch ungiftiger Konzentration so unangenehme Reizerscheinungen auf die Atmungsorgane, daß man sich rechtzeitig aus dem Gefahrenbereich herausbegeben kann.

Die ungeheure Verbreitung der Läuse in ganz Deutschland ist eine der unangenehmsten Folgen der überstürzten Demobilmachung, und deshalb muß ihre Bekämpfung in hygienischer Hinsicht, viel mehr aber zur Unterdrückung des Fleckfiebers unter allen Umständen mit allen zu Gebote stehenden Mitteln ins Werk gesetzt werden. Noch jetzt werden Neuerkrankungen an Fleckfieber in den verschiedensten Teilen Deutschlands gemeldet, und bei der Gefahr dieser Krankheit ist es Pflicht aller in Frage kommenden Stellen, ihre restlose Ausrottung energisch zu betreiben. Zum Glück handelt es sich fast immer um eingeschleppte Fälle von Leuten, die sich der Entlausung nicht unterzogen hatten.

Vielleicht dürfte es von Interesse sein, den Betrieb in einer Entlausungsanstalt kennen zu lernen, wobei bemerkt sei, daß alle in Berlin befindlichen noch nach dem Blausäureverfahren eingerichtet sind. Die Anstalt besteht aus einer „unreinen“ und einer „reinen“ Seite. Im ersten Raum — der unreinen Seite — werden die Verlausten aufgenommn und ihre Wertsachen zur Verwahrung empfangen. Im zweiten Raum geht die Entkleidung vor sich. Die Kleider werden über einen Bügel ausgebreitet, der dieselbe Nummer trägt, die der Verlauste bei seiner Eintragung als Marke (um den Hals gehängt) erhalten hat. Während die Kleider in die Blausäurekammer kommen, wird eine ärztliche Untersuchung der Verlausten vorgenommen, die sich nicht nur auf Kleiderläuse sondern auch auf Kopf- und Filzläuse, Geschlechts-

krankheiten, Krätze und sonstige Erkrankungen erstreckt. Militärpersonen werden sofort behandelt, bzw. den Lazaretten überwiesen, Zivilisten den Krankenkassenärzten, Armenärzten usw. zur Behandlung empfohlen. Dabei wird auf die Gefahren der Verseuchung durch Ungeziefer sowie auf die Bedeutung der Geschlechtskrankheiten durch Belehrung aufmerksam gemacht. Nunmehr findet eine gründliche Reinigung des Körpers unter der Brause, wenn erforderlich, nach Entfernung der Kopf- und Körperhaare statt. Die Leute betreten nun den Ankleideraum und damit die reine Seite der Anstalt und warten hier auf die entlausten und durchlüfteten Kleider. Jeder Entlauste erhält nach Rückgabe der Marke seine abgegebenen Wertsachen und einen Entlausungsschein, der in Berlin bei der polizeilichen Anmeldung bzw. zur Aushändigung von Lebensmittelkarten verlangt wird.

Es sei noch erwähnt, daß die Entlausung vollkommen kostenlos erfolgt.

Da die Verlausung und damit die Gefahr des Fleckfiebers nicht nur in den Großstädten, sondern überall vorhanden ist, wäre für die vollkommene Bekämpfung des Fleckfiebers die Anlage möglichst vieler solcher Entlausungs-Anstalten in Deutschland überall da, wo sich die Läuseplage bemerkbar macht, notwendig, zumal nur ein allgemeines und radikales Vorgehen im Kampfe gegen die Ueberhandnahme der Läuse zum Ziel führen kann. Die Anlernung der Technik für die Desinfektoren ist durchaus nicht schwierig und würde in den Berliner Anstalten bereitwilligst erfolgen.

Daß bei dieser Entlausung auch eine günstige Gelegenheit gegeben ist, nicht nur andere Zoonosen, z. B. die ungeheuer verbreitete Krätzekrankheit, zu bekämpfen, sondern auch gegen die Geschlechtskrankheiten vorzugehen, was bekanntlich noch lange nicht ausgiebig genug geschieht, haben die Erfahrungen in Berlin während der 1½ Jahre zur Genüge erwiesen. Da auch die Errichtung der Anstalten nicht zu kostspielig ist, wäre es eine dankenswerte Aufgabe der Aerzte, sich für die Errichtung von Entlausungsanstalten nach Kräften einzusetzen, um vor allem eine Seuche zu entfernen, die Deutschland, das Musterland der Hygiene, in seinen guten Tagen nicht gekannt hat, und die bei allgemeinem Vorgehen hoffentlich auch bald zu den vorübergehenden Erscheinungen des Krieges und seiner Gefolgschaft gerechnet werden kann.

II. Referate.

Prof. Dr. **O. Roepke** (Melsungen): **Das Friedmann'sche Tuberkulosemittel bei der Behandlung der Lungentuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 45.)

Verfasser gibt einen Ueberblick über die Frage der Tuberkulosebehandlung mit dem Friedmann'schen Mittel und berichtet gleichzeitig über seine eigenen Erfahrungen. Er wandte 1914 das Mittel bei einer Anzahl von Heilstättenkranken an, und zwar mit einer Ausnahme nur in intramuskulärer Einspritzung. Die Ergebnisse charakterisiert er folgendermaßen: Bei 10 fieberfreien geschlossenen Tuberkulosen ohne Komplikation blieb das Ergebnis hinter den Erfolgen zurück, die die Heilstättenbehandlung allein oder im Verein mit Tuberkulin in derart prognostisch günstig gelegenen Fällen zu zeitigen pflegt. 35 Fälle von offener Lungentuberkulose ohne Komplikationen wurden durch das Friedmann'sche Mittel nicht vor Verschlechterung und Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses bewahrt. Zum Teil reichte die erkennbare Wirkung des Mittels auf den tuberkulösen Prozeß nicht bis zum heilenden Vorgang aus. Insbesondere wurden Fieber und Tuberkelbazillen nicht merkbar beeinflußt. 15 Fälle (4 geschlossene, 11 offene) von Lungentuberkulose mit tuberkulösen Komplikationen in anderen Organen zeigten nach der Behandlung keinmal einen wesentlich gebesserten, einmal einen deutlich verschlechterten Lokalbefund, blieben im übrigen unverändert. Bei den 11 offenen Formen waren die Tuberkelbazillen im Sputum 10 mal gleich geblieben, einmal nicht nachzuweisen, weil Sputum fehlte. Die Komplikationen, darunter Kehlkopftuberkulose, Haut-, Sehnenscheiden-, Hoden- und Nebenhodentuberkulose, tuberkulöse Mastdarmfistel — ließen nicht nur jede Heilungstendenz vermissen, sondern in der Mehrzahl sogar Fortschreiten des Prozesses erkennen. 8 ambulant behandelte Fälle von Lungentuberkulose, Drüsen-, Weichteil-, Sehnenscheidentuberkulose und kindlicher Skrofulose verhielten sich zu dem Friedmann'schen Mittel im ganzen ebenso refraktär wie die in der Heilstätte behandelten. Nur bei tuberkulösem Rheumatismus war die subjektive Besserung, bei Lichen scrofulosorum eine schnelle Ausheilung bemerkenswert. — Von den klinisch behandelten 60 Heilstättenfällen waren im Herbst 1918 2 nicht zu ermitteln, 2 invalide geworden, 15 arbeitsfähig, 41 gestorben. Die 41 Gestorbenen waren bei Beginn der Behandlung zum kleineren Teil im zweiten, zum größeren Teil im dritten Stadium gewesen.

Edwin Blos (Karlsruhe): **Ueber die Tragweite der Entdeckung der Tuberkulose-Organismentherapie durch Friedmann.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 46.)

Verfasser gibt einen eingehenden Bericht über 30 Fälle, die von ihm im Frühjahr und Sommer 1914 mit dem Friedmann'schen Mittel geimpft wurden. Die Einspritzungen waren intramuskuläre, teilweise auch intravenöse. In fast allen Fällen war ein heilender Einfluß unverkennbar. Eine vollständige Heilung glaubt Verfasser in 21 Fällen annehmen zu können. In 4 Fällen trat eine Unterbrechung des Heilverlaufs durch interkurrente Erkrankungen (Grippe) ein. Diese Fälle sowie wenige andere kamen zum exitus. Unter den Geheilten waren Fälle der mannigfaltigsten Arten der Tuberkulose, nämlich der Lungen, Drüsen, Knochen, der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, der Nieren, Haut, Wirbelsäule. Die Behandelten, bzw. Geheilten verteilen sich auf sämtliche Altersstufen, von 6 bis 80 Jahren. Der beste Zeitpunkt für die Friedmann'sche Therapie ist bei der Lungentuberkulose nach B. ihr „theoretisches Vorstadium", in welchem objektiv Veränderungen sich noch nicht nachweisen lassen, und doch die Krankheit bereits eingesetzt hat.

Prof. Dr. **K. Bohland** (Bonn): **Trypaflavin, ein inneres Antiseptikum.** (Medizin. Klinik 1919, Nr. 46.)

Verfasser hatte vor kurzem über günstige Erfahrungen mit intravenösen Einspritzungen von Trypaflavin bei Influenza, Pneumonien, Sepsis usw. berichtet (vergl. das Referat S. 202 des vorigen Jahrgangs). Er teilt in vorliegender Arbeit 5 weitere Fälle mit, in welchen mit gutem Erfolg intravenöse Einspritzungen von Trypaflavin zur Anwendung gelangten. 3 mal handelte es sich um Fälle von puerperaler Sepsis, 1 mal um eine Colipyelitis, 1 mal um eine Pneumonie bei einem 5 jährigen Kind. Neben Trypaflavin gab er mit gleichem Erfolg Proflavin, eine Vorstufe des Trypaflavins (Diamino acridinsulfat), welches noch weniger giftig als Trypaflavin ist. Die Dosis von Trypaflavin beträgt 0,1—0,15 g; von Proflavin darf man nach B. 0,2—0,3 g geben. Man benutzt Lösungen von 1 : 200 zu den intravenösen Einspritzungen. Trypoflavin wirkt bei allen Bakterienkrankheiten, bei denen die Erreger auch in der Blutbahn gefunden werden, vor allem bei der Sepsis und der Pneumonie. Gegen Protozen hat sich das Trypaflavin beim Menschen nicht bewährt, es war erfolglos gegen Malaria und Schlafkrankheit.

Dr. **Bennauer** (Dortmund): **Einige Beobachtungen bei Arthigonbehandlung der Cervixgonorrhoe.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 45.)

In der Hautklinik der städtischen Krankenanstalten in Dortmund wurden 50 Fälle von Cervikalgonorrhoe und Adnexgonorrhoe mit Arthigoninjektionen behandelt, und zwar Fälle subakuter oder chronischer Gonorrhöe. Die Erfolge waren sehr verschieden, jedoch wurden 34 Fälle günstig beeinflußt resp. geheilt. Bei einzelnen Kranken trat 1—2 Stunden nach der Injektion Schüttelfrost und Fieber bis 39 ° C. auf. Diese Kranken hatten die meiste Aussicht auf Heilung, und zwar traten diese Erscheinungen nur bei Kranken auf, deren Gonorrhoe höchstens 2 Monate alt war. Bei einzelnen dieser Kranken war der starke eitrige Ausfluß schon nach der zweiten Injektion verschwunden. Bei anderen trat nach den Injektionen nur noch ein dünner, weißer Ausfluß auf, der keine Gonokokken mehr enthielt. Auch bei älteren Fällen wurde der Ausfluß geringer, jedoch trat keine Heilung ein. Hinsichtlich der fast stets mit der Cervikalgonorrhoe einhergehenden Gonorrhoe der Urethra wurde durch die Arthigonbehandlung keine Heilung erzielt, hier mußten die Gonokokken durch örtliche Behandlung beseitigt werden. Das Arthigon wurde zuerst subkutan, später nur noch intravenös in steigender Menge von 0,5 bis 2 ccm eingespritzt.

Dr. **Hans Wörner** (Weißenfels): **Die praktische Bedeutung der Galaktoseprobe.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 45.)

Die Galaktoseprobe besteht darin, daß die zu untersuchende Person, nachdem sie den Urin entleert hat, morgens nüchtern 40 g Galaktose in 200—300 g Wasser gelöst, zu sich nimmt. Der in den nächsten 12 Stunden entleerte Urin wird in 2 je 6 stündigen Portionen gesammelt, gemessen, qualitativ und polarimetrisch auf Zucker untersucht. Bei der Polarisation ist das auf Dextrose bezogene Resultat mit 0,7 zu multiplizieren, um den Galaktosewert zu erhalten. In der Mehrzahl der Fälle ist die Ausscheidung nach 6 Stunden beendigt. Während der ersten 6 Stunden soll der Untersuchte höchstens noch 200 ccm Flüssigkeit zu sich nehmen und nichts essen. Ausscheidung von 3 g und mehr Galaktose im Urin ist als pathologisch anzusehen. Nach Verfasser ist zum Nachweis einer Leberschädigung die Galaktoseprobe wie auch die Lävuloseprobe nur bedingt brauchbar. Ihr positiver Ausfall spricht dafür, der negative nicht dagegen. Thyreotoxikosen, neurotische und fieberhafte Zustände können unter Umständen die Verwertung beeinträchtigen. Die eigentliche prak-

tische Bedeutung der Galaktoseprobe liegt in der Möglichkeit, mit ihrer Hilfe Icterus catarrhalis und Stauungsikterus (speziell bei Cholelithiasis und Neubildungen) frühzeitig unterscheiden zu können; bei ersterem ist die Probe in etwa 80 Proz. der Fälle positiv, bei letzterem fast immer negativ.

Privatdozent Dr. **Philipp Erlacher** (Graz): **Eine neue Methode zur direkten und unmittelbaren Prüfung der faradischen Erregbarkeit gelähmter Muskeln.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 47.)

Bei der elektrischen Prüfung freigelegter verletzter Nerven und Muskeln fand Perthes, daß die faradische Erregbarkeit des Muskels nicht, wie bisher angenommen wurde, spätestens am 12. Tage nach Eintritt der Lähmung (z. B. nach Durchtrennung des zugehörigen motorischen Nervs) verschwindet, sondern daß sie noch Wochen und Monate später, wenn auch schwach, erhalten bleibt. Dieser Unterschied erklärt sich daraus, daß bisher die faradische Prüfung gelähmter Muskeln nur perkutan vorgenommen wurde, und daß daher die zur Anwendung gelangten Ströme durch den Hautwiderstand sowie durch Stromschleifen ganz erheblich geschwächt wurden, der Anwendung stärkerer Ströme bei der perkutanen Metode aber durch die damit verbundenen Schmerzen enge Grenzen gesetzt sind. Verfasser wurde durch diese Erwägung auf den Gedanken geführt, die faradische Reizung der Muskeln direkt, unter Ausschaltung des Hautwiderstandes, vorzunehmen, was in der Weise geschieht, daß als Elektroden Nadeln benutzt werden, welche man durch die Haut in den zu prüfenden Muskel einstößt. E. benutzt als Elektroden zwei feine Nähnadeln, welche vorher in Alkohol eingelegt, durch die mit Jodtinktur oder Alkohol desinfizierte Haut bis in den Muskel 8—15 mm tief, in der Längsrichtung des Muskels 2 cm voneinander entfernt eingestoßen werden. Von den Nadeln führen die Zuleitungsdrähte zum Induktionsapparat. Man kann auch eine Nadel in den Muskel einstoßen, und als zweite Elektrode eine breite indifferente auf der Brust benutzen. Bei Anwendung dieser neuen Methode fand E. noch solche Muskeln als faradisch erregbar, und zwar mit verhältnismäßig schwachen Strömen, die nach den bisherigen Untersuchungsmethoden als faradisch unerregbar angesehen werden mußten.

Prof **Hauptmann** (Freiburg): **Erfahrungen aus der Behandlung der Epilepsie mit Luminal.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 46.)

Auf Grund seiner langjährigen Erfahrungen berichtet Verfasser über die Wirkung des Luminals auf die Epilepsie. Am deutlichsten tritt die Wirkung bei der genuinen Epilepsie hervor. Die Anfälle werden meist sowohl seltener als auch weniger schwer; bei einzelnen Kranken wurde nur die Zahl, bei anderen nur die Schwere der Anfälle vermindert. Bei ambulant zu behandelnden Fällen genügt es, abends 0,2 g, vormittags 0,1 g Luminal zu geben, oder, wenn diese Dosis schläfrig macht, je 0,05 g vor- und nachmittags. Verfasser empfiehlt, die Behandlung tastend mit kleinen Dosen zu beginnen, indem man abends zunächst 0,1 g gibt. Patienten, welche ihre Anfälle in gewissen, regelmäßigen Abständen bekommen, z. B. Frauen, die sie zur Zeit der Menstruation zu bekommen pflegen, oder Kranke, die das Herannahen eines Anfalles 1—2 Tage vorher merken, brauchen Luminal nicht regelmäßig zu nehmen, sondern nur 2—3 Tage vor Eintritt des erwarteten Anfalls, dann aber in größeren Dosen, abends 0,3 g und womöglich am Tage nochmals 0,1. — Beim Status epilepticus machte Verfasser gute Erfahrungen mit Luminalnatrium in subkutaner bzw. intramuskulärer Injektion. (2- bis 3 mal 0,5 g innerhalb 18 Stunden.) Beim Petit-mal wirken kleine Dosen (0,05—0,1 g mehrmals täglich) günstig. Unter Umständen empfiehlt sich nach H. die Kombination von Luminal mit Brom, wenn Luminal schlaferregend wirkt, und zwar gibt man dann Brom am Tage, Luminal abends.

Prof. **E. Rautenberg** (Berlin-Lichterfelde): **Ein bemerkenswerter Fall von Scheintod.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 46.)

Eine 23 jährige Krankenpflegerin hatte 1,7 g Morphin und 5 g Veronal suicidii causa genommen. Sie irrte danach umher und wurde im Freien bei + 1—3° C. Lufttemperatur bewußtlos am nächsten Tag aufgefunden. Auf dem Transport trat anscheinend der Tod ein. Ein hinzugerufener Arzt stellte Starre, Leichenblässe, völlige Reflexlosigkeit, Fehlen des Pulses, der Atmung und der Herztöne fest; aufgeträufelter Siegellack gab keine Hautreaktion. Unter der Annahme des Todes wurde die Einsargung (mit den nassen Kleidern) vorgenommen. 14 Stunden später wurde der Sarg von einem Polizeibeamten geöffnet, um die Persönlichkeit der Leiche festzustellen; dabei zeigte sich, daß die Leiche bläulich gefärbte Wangen bekommen hatte und eine leichte Kehlkopfbewegung machte. Der wieder gerufene Arzt konstatiert wieder Fehlen der Atmung und des Pulses, hört aber einige dumpfe Herztöne. Die Kranke wurde daher in das Krankenhaus übergeführt. Bei ihrem Eintreffen waren beide Pupillen eng. Atmung und Puls fehlten völlig, jedoch waren über dem Sternum Herztöne gerade noch hörbar, 30—40 mal in der Minute. Es wurde Kampfer und Koffein subkutan gegeben, eine Magenspülung vorgenommen, darauf folgte ein heißes Bad mit ausgiebiger Bürstung und Knetung, zeitweise künstliche Atmung und Sauerstoffinhalation. Nach 1 Stunde war der Puls fühlbar, ab und zu erfolgte eine kurze Inspiration. Nach 2 Stunden waren Puls und Atmung wiedergekehrt. Am nächsten Tage kehrte das Bewußtsein wieder. 2 Tage bestand Fieber bis 39° C. Der Urin, der zuerst reichlich Eiweiß und Zylinder enthielt, wurde in wenigen Tagen eiweißfrei. —

Dr. **C. Römer** (Hamburg): **Pupillenveränderung bei der Veronalvergiftung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 47).

Auf eine bisher noch nicht beachtete Veränderung der Pupillen bei Veronalvergiftung, welche er in 11 unter 12 Fällen beobachtete, macht Verfasser aufmerksam. Es handelt sich um das als Hippus bezeichnete Phänomen, welches in einer rhythmischen Erweiterung und Verengerung der Pupillen besteht. In dem einen Falle, in welchem die Erscheinung vermißt wurde, handelte es sich um eine Vergiftung mit Morphium und Veronal. Dieses Verhalten der Pupille bei der Veronalvergiftung ist nach Verfasser als charakteristisch, also diagnostisch verwertbar für die Veronalvergiftung anzusehen. In einigen Fällen war das Symptom noch einige Tage nach der klinischen Heilung zu erkennen.

Dr. **Werner Bab** (Berlin): **Beitrag zu den Augenstörungen durch Methylalkoholvergiftung.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 42.)

Verfasser berichtet aus der Poliklinik von Prof. Silex über drei Fälle von Erblindung im Anschluß von Schnapsvergiftung. Es handelte sich in allen 3 Fällen um eine doppelseitige Neuritis optici mit Uebergang in Sehnervenatrophie. Offenbar waren die betreffenden Schnäpse mit Methylalkohol verfälscht. Das ganze Symptomenbild war durchaus für Methylalkoholvergiftung charakteristisch. In einem vierten Fall, in dem ebenfalls nach Schnapsgenuß (und gleichzeitig Bockwurst) Amaurose unter dem Bild einer leichten Neuritis optici beiderseits eintrat, stellte sich das Sehvermögen in einigen Monaten wieder her, so daß die Sehschärfe schließlich r $^5/_7$, l $^5/_{10}$ betrug. Hier ist es nach Verfasser zweifelhaft, ob es sich um Botulismus oder um Methylalkoholvergiftung handelte.

Dr. **Paderstein** (Berlin): **Ueber Schwimmbad-Conjunctivitis.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 47.)

In Berlin und auch anderswo wurde wiederholt das endemische Vorkommen von infektiöser Conjunctivitis bei einer größeren Zahl von Schwimmbadbesuchern beobachtet. Vor kurzem berichtete Comberg (Berlin) wieder über eine derartige Endemie in der Berliner ophthalmologischen Gesellschaft. Es handelt sich um eine akute Conjunctivitis mit starker Schwellung und Rötung der Lidbindehäute, geringer Beteiligung der Augapfelbindehaut, sehr starker Follikelbildung. Die untere Uebergangsfalte ist in der Regel stärker befallen als die obere. Die Absonderung ist in den meisten Fällen verhältnismäßig gering. Die Präauriculardrüse ist in der Regel geschwollen. Zunächst ist fast immer nur ein Auge erkrankt, die Erkrankung bleibt in der Mehrzahl der Fälle einseitig. Der Verlauf ist meist langwierig und wird von der Behandlung nicht wesentlich beeinflußt. Die entzündlichen Erscheinungen gehen allmählich zurück, nach 3—6 Wochen sind keine Beschwerden mehr vorhanden. In einigen Fällen konnte 1 Jahr nach der Erkrankung eine Schwellung der Uebergangsfalten, leichte Ptosis und Andeutung von Pannus beobachtet werden. Ernstliche Komplikationen wurden nicht festgestellt. Der Erreger der Erkrankung ist bisher nicht bekannt. Die Möglichkeit, daß es sich um ein abgeschwächtes Trachom handelt, ist bisher nicht widerlegt. Narbenbildung wurde noch nicht bei der Erkrankung beobachtet. Die Uebertragung findet wahrscheinlich durch das Wasser statt.

Prof. Dr. **Zur Nedden** (Düsseldorf): **Die Heilung von Krankheiten des Glaskörpers.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 47.)

Bei der Infektion des Glaskörpers durch perforierende Verletzungen, wobei die Existenz des Auges durch die drohende Panophalmitis in Frage gestellt ist, war die Therapie bisher ziemlich machtlos. Verfasser hat nun gefunden, daß man in derartigen Fällen, wenn frühzeitig eingegriffen wird, das Auge durch Punktion des Glaskörpers retten kann. Es beruht dies darauf, daß die bakteriziden Stoffe des Blutes, die unter normalen Verhältnissen im Glaskörper nicht vorkommen, nach der Punktion in letzteren übertreten. Bei Infektion des Glaskörpers ist eine häufige Wiederholung

der Punktion erforderlich, 1—2 mal täglich; jedesmal wird 0,4—0,6 ccm angesaugt. Verfasser konnte in 2 Fällen von perforierender Verletzung bei nachgewiesener Infektion des Glaskörpers mit Pneumokokken resp. Streptokokken die Augen durch die wiederholte Glaskörperpunktion, in einem der beiden Fälle mit brauchbarem Sehvermögen, erhalten. — Ferner empfiehlt N. die Glaskörperpunktion bei Glaskörpertrübungen, die auf inneren Augenkrankheiten und Blutungen beruhen. Man darf in diesen Fällen nur an reizlosen Augen die Glaskörperabsaugung vornehmen. Außerdem muß zwischen den einzelnen Absaugungen eine Zeit von mehreren Wochen liegen, damit sich das Auge von jedem Eingriff völlig erholen kann. Man erreicht durch die Punktion nicht nur eine Aufhellung der Glaskörpertrübnug, sondern auch der zu Grunde liegenden Krankheiten der Uvea. Auch ein Fall von Netzhautablösung, der auf Glaskörpererkrankung beruhte, wurde nach einer zweimaligen Absaugung des Glaskörpers ohne sonstige therapeutische Maßnahmen in einigen Wochen geheilt.

Dr. **Müsch** (München): **Ueber Otosklerosebehandlung.** (Der praktische Arzt 1918, Heft 9.)

Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung ist das anatomische Substrat der Otosklerose eine Spongiosierung der Labyrinthkapsel. Eine ätiologische Therapie der Otosklerose hat diese Erkenntnis vorläufig noch nicht gebracht. Jedoch sind wir nach Verf. wohl in der Lage, symptomatisch bei der Otosklerose einzugreifen, vor allen Dingen, die störenden subjektiven Ohrgeräusche, die den Kranken mehr als die allmähliche Abnahme des Hörvermögens peinigen, zu bekämpfen. Seit einer Reihe von Jahren hat sich hierbei das Otosklerol besonders bewährt. Das Mittel enthält Brom 36,3 %, Phosphorsäure 13,5 %, Cimifugin 6,66 % (letztgenannter Stoff ist ein gelblichbraunes Pulver, das Wurzelextrakt einer nordamerikanischen Ranunculacee). Ebenso wie Brom und Phosphor, ist Cimifugin ein Nervinum, welches seit längerer Zeit gegen Schmerzen und sonstige nervöse Störungen angewendet wird. Otosklerol kommt in Form von Tabletten in den Handel. Um mit Otosklerol Erfolge zu erzielen, muß man es längere Zeit hindurch, ev. monatelang, geben. M. hat mit Otosklerol gute Erfahrungen gemacht; abgesehen von schweren, keiner Therapie zugänglichen Fällen, pflegten bei Darreichung des Mittels die Ohrgeräusche an Intensität nachzulassen, in einigen Fällen sogar zu verschwinden. Auch bei sonstigen Erkrankungen des inneren Ohres, z. B. infolge von Kriegs schädigungen, die ebenfalls mit subjektiven Ohrgeräuschen einhergehen, empfiehlt Verf. einen Versuch mit Otosklerol.

Dr. **W. Fischer** (Berlin): **Ueber das Auftreten der Mikrosporie in Berlin und ihren Erreger, eine neue Varietät des humanen Typs.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 42.)

Wie Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen in der dermatologischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses mitteilt, herrscht in Berlin eine Mikrosporieepidemie, die allerdings noch keinen großen Umfang angenommen hat. Befallen sind ausschließlich Kinder, als Infektionsherde kommen in erster Linie Stifte, Waisenhäuser, Horte und Schulen in Betracht. Die Krankheit befällt die behaarte Kopfhaut. Nach den Untersuchungen des Verfassers ist die Epidemie von einem bisher in Deutschland nicht bekannten Vertreter des humanen Typs der Mikrosporiegruppe, wahrscheinlich dem Mikrosporon depauperatum, hervorgerufen und zeigt auch klinisch Abweichungen von dem bekannten Bild der menschlichen Mikrosporie, insofern entzündliche Vorgänge mehr in den Vordergrund treten. Viermal unter 200 Fällen kam es zu schweren Kerionbildungen und Abszedierungen. Für die Behandlung kommt in erster Linie die Röntgenbestrahlung in Betracht; daneben örtlich 5—15 proz. Salizylschwefelsalben, Jodtinktur, Salizylspiritus.

Dr. **Paul Neuda** (Wien): **Der Frühtod bei Verbrennungen.** (Wiener med. Wochenschrift 1919, Nr. 45.)

Der Frühtod bei ausgedehnten Verbrennungen, welche $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{3}$ der Körperoberfläche betreffen, ist nach dem klinischen Bilde ein Herz-Gefäßlähmungstod. Er kommt zustande nach Verfasser durch die Wirkung gewisser Substanzen, die durch Eiweißzerfall entstanden sind: Wahrscheinlich kommen Cholin oder die noch giftigeren Ester desselben in Betracht. Diese Giftwirkung kann schon wenige Stunden nach dem Trauma eintreten. Im Tierversuch zeigt das im Serum der Verbrannten enthaltene Gift die Wirkung des Muskarins (am isolierten Froschherzen); außerdem hat das Gift, dem lebenden Frosch injiziert, eine peripherische kurareartige Wirkung. Durch Atropin wird das Gift in seiner Wirkung aufgehoben. Dementsprechend konnte Verfasser durch Atropininjektionen in einigen Fällen von Verbrennung die Symptome der Herz-Gefäßlähmung zum Schwinden bringen und zwei Verbrannte am Leben erhalten. (Verfasser gab im Verlauf eines Tages 3—3,5 mg Atropin intravenös oder subkutan.)

Privatdozent Dr. **Friedrich Loeffler** (Halle a. S.): **Der Wert des Humanols für die Chirurgie.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 45.)

Wie schon früher Holländer und Wiederhake, empfiehlt Verfasser die Verwendung flüssigen Menschenfettes (Humanol) für chirurgische Zwecke. Humanol wird folgendermaßen gewonnen. Operativ gewonnenes Fettgewebe (Bauchfett Netzfett, Lipome) von nachweisbar gesunden Menschen. wird von allen bindegewebigen Bestandteilen möglichst gesäubert und einige Stunden lang gewässert. Dann zerteilt man das Fettgewebe in kleine Stücke und kocht es in einem Glaskolben etwa 3 Stunden lang im Wasserbad. Das so gewonnene flüssige Fett wird durch einen sterilen Glastrichter, in den man ein steriles Mulläppchen legt, in ein anderes steriles Glasgefäß gegossen. Die Konsistenz des Humanols ist bei gewöhnlicher Temperatur flüssig. Erst bei 7° C. nimmt es Salben-Konsistenz an. Die Farbe ist gelb. Injiziert man das Humanol unter die Haut, so wird es in 5—7 Tagen vollständig resorbiert, ohne die geringsten Entzündungserscheinungen hervorzurufen. Es eignet sich deshalb nicht zur Verwendung für plastische Zwecke. Verfasser empfiehlt das Humanol zunächst bei der Isolierung von gelösten Sehnen und Nerven, um Wiederverwachsungen zu vermeiden. Nachdem die Sehne resp. der Nerv aus den Verwachsungen gelöst und die Blutung gestillt ist, wird die Wunde bis auf eine kleine Stelle vernäht, durch welche man dann mit einer Spritze Humanol injiziert, worauf die Naht beendigt wird. Durch leichte Streichbewegungen wird dann das Humanol in der Umgebung verteilt. Die Wundbehandlung erfolgt ungestört. Ferner erwies sich die Einspritzung von Humanol (1—2 ccm) in die Gelenke nützlich bei Arthritis deformans und arthrogenen Kontrakturen. Außerdem empfiehlt L. die Herstellung von Jodoform-Humanol an Stelle von Jodoformglyzerin, da das Glyzerin jetzt häufig verunreinigt ist.

Prof. **A. Böhme** (Bochum): **Gehäuft auftretende Knochenerkrankungen infolge von Unterernährung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 42.)

Wie in anderen Gegenden, so traten auch in Bochum und Umgegend Knochenerkrankungen in erheblicher Zahl auf, welche als Folge der Unterernährung anzusehen sind. Verfasser beobachtete etwa 30 Fälle. Die eine Gruppe umfaßt junge Arbeiter (Bergleute, Schlosser) im Alter von 15 bis 20 Jahren. Der Ernährungszustand war bei allen dürftig, die Muskulatur gering entwickelt; häufig waren sie im Längenwachstum stark zurückgeblieben und von infantilem Habitus. Die subjektiven und objektiven Symptome der Knochenerkrankung entsprechen den Schilderungen, wie sie in früheren Veröffentlichungen von anderer Seite gegeben wurden. Der Röntgenbefund erinnert an Rachitis. Nach Verfasser sind daher diese Fälle als Rachitis tarda zu bezeichnen. In der zweiten Gruppe handelte es sich um Frauen, von denen ein Teil im postklimakterischem Alter stand. Hier waren die Symptome ähnlich wie bei der Osteomalazie. In einem Fall, bei einer 69 jährigen Frau, bestand sogar ausgesprochene Osteomalazie. Was die Behandlung dieser Erkrankungen anlangt, so besteht sie in ausreichender, abwechslungsreicher Ernährung, Schutz vor Ueberlastung der Knochen, Phosphorlebertran. Diese Behandlung führt in fast allen Fällen bald zur Besserung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

III. Bücherschau.

Grundriß der Physiologie für Studierende und Aerzte. Erster Teil: **Biochemie** von Prof. Dr. phil. et med. **Carl Oppenheimer,** München (476 S., geb. 16,— Mk.). Zweiter Teil: **Biophysik** von Prof. Dr. **Otto Weiß,** Direktor des physiol. Instituts in Königsberg i. Pr. (454 S., geb. 19,— M.). Leipzig 1919, Georg Thieme.

In zwei handlichen Bänden ist hier der gesamte Lehrinhalt der Physiologie entsprechend dem heutigen Stande der Forschung zusammengefaßt. Der erste von Oppenheimer verfaßte Teil ist die Neuauflage seines 1912 erstmalig erschienenen Grundrisses. In der Neubearbeitung wurden die inzwischen gemachten Fortschritte der Forschung sorgfältig berücksichtigt und die biologische Seite des Gegenstandes eingehender als früher dargestellt, so daß trotz einzelner Kürzungen der Umfang des Bandes um etwa 80 Seiten zugenommen hat. Der erste Band umfaßt außer der physiologischen Chemie im früheren Sinne hauptsächlich die Lehre vom Stoffwechsel, der Ernährung und der Drüsensekretion. Der zweite von Weiß verfaßte Teil, für welchen die Bezeichnung Biophysik nicht ganz zutreffend erscheint, behandelt die übrigen Teile der Physiologie, also die Physiologie des zentralen und peripherischen Nervensystems, der Sinnesorgane,

der Bewegung, der Kreislauforgane, der Elektrizitätserregung, der Wärmebildung sowie der Elektrizitätserregung im Körper. Bei dieser Verteilung des Stoffes auf zwei Bände und zwei Verfasser ließen sich Wiederholungen an einzelnen Stellen nicht ganz vermeiden, sie sind aber auf das geringste Maß zurückgeführt. Alles in allem liegt hier ein Lehrbuch vor, welches in erster Linie den Studierenden ein treffliches Hilfsmittel beim Studium sein dürfte, dann aber auch den Aerzten die Möglichkeit bietet, ihr physiologisches Wissen aufzufrischen und durch neue Erkenntnisse zu ergänzen.

R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Die Verordnung der Reichsregierung vom 1. April 1920 über Heraufsetzung des Grundlohns und Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung ist im Reichsgesetzblatt Nr. 65 vom 7. April veröffentlicht. —

— Auch die Groß-Berliner Privatkliniken haben inzwischen zu der durch die zunehmende Teuerung und die plötzliche Heraufsetzung der Versicherungsgrenze auf 20 000 Mark geschaffenen Sachlage Stellung genommen. In einer Versammlung des Verbandes der an den Privatkliniken Groß-Berlins tätigen Aerzte wurde beschlossen, in Uebereinstimmung mit den gemeinnützigen Krankenanstalten Berlins, vom 1. Mai ab Kassenmitglieder solange nur zu den für Privatpatienten geltenden Bestimmungen aufzunehmen und zu behandeln, bis die Krankenkassen die berechtigten Forderungen der gemeinnützigen Anstalten und Privatkliniken anerkannt haben.

— Durch einen Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 11. März 1920 wurden die Gebühren der Kreisärzte für gerichtliche und medizinalpolizeiliche Verrichtungen mit Wirkung vom 1. April 1920 ab um 100 Proz. erhöht.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Zum Leiter der hydrotherapeutischen Anstalt der Berliner Universität wurde an Stelle des verstorbenen Geh. Medizinalrat Prof. Brieger der praktische Arzt Dr. med. F. Schönenberger (Charlottenburg), ein bekannter Vorkämpfer des Naturheilverfahrens und Schriftleiter der Zeitschrift „Naturarzt“, ernannt.

— Den Heubner-Preis für die beste Arbeit auf dem Gebiet der Kinderheilkunde erhielt Dr. Ylppö aus Helsingfors, Oberarzt am Kaiserin-Augusta-Victoria-Haus, für seine Arbeiten über frühgeborene Kinder.

Göttingen. Der a. o. Professor der Chirurgie Geh. Med.-Rat Dr. Friedrich Rosenbach wurde zum ordentl. Honorarprofessor ernannt.

Frankfurt a. M. Im Alter von 30 Jahren starb Privatdozent Dr. med. Walther Georgi, Assistent am Institut für experimentelle Therapie. Mit seinem Namen ist die Sachs-Georgi'sche Reaktion verknüpft.

— Als Privatdozent habilitierte sich Dr. Otto Beck, Assistenzarzt an der hiesigen Universitätsklinik für orthopädische Chirurgie.

Dresden. Im Alter von fast 82 Jahren starb hier Geh. Sanitätsrat Dr. Chalybaeus, früher Vorstand der sächsischen staatlichen Lymphanstalt und langjähriger Herausgeber des Korrespondenzblattes für die ärztlichen Vereine in Sachsen.

Heidelberg. Im 85. Lebensjahre verschied Geh. Rat Prof. Dr. Knauff, der frühere Ordinarius für Hygiene und gerichtliche Medizin an der hiesigen Universität.

Freiburg. Für innere Medizin habilitierte sich Dr. Harry Königsfeld, Oberarzt an der medizinischen Poliklinik.

Stockholm. Dr. Gustaf Zander feierte am 29. März in voller geistiger Frische und körperlicher Rüstigkeit seinen 85. Geburtstag. Als Schöpfer der medikomechanischen Heilmethode und Hersteller der mechanotherapeutischen Apparate hat sich Zander unsterbliche Verdienste um die Medizin erworben, für deren wissenschaftliche Begründung er harte Kämpfe zu bestehen hatte. Mit besonderer Genugtuung darf es alle Freunde des Fortschritts in der Medizin erfüllen, daß es dem unermüdlichen Forscher und edlen Menschenfreunde noch vergönnt war, die Anerkennung seiner Bestrebungen zu erleben. Hat doch gerade der Krieg bei den Folgen der Verwundungen und Verletzungen sowie auch bei zahlreichen inneren Erkrankungen die weitesten Kreise von dem Wert der Zander'schen Methode überzeugen können. Möge dem sonnigen Greis noch ein glücklicher und zufriedener Lebensabend beschieden sein.

Hh.

Bäderwesen.

Dr. Heinrich Brock-Stiftung der Baneologischen Gesellschaft.

Gelegentlich des 36. Balneologenkongresses wurde der Preis der Dr. Heinrich Brock-Stiftung der Balneologischen Gesellschaft über das Thema „Auswaschung des Organismus durch Mineralwasserkuren“ in Höhe von 800 M. dem Fräulein Dr. Frankenthal (Berlin) zuerkannt.

Die neue Preisaufgabe der Dr. Heinrich Brock-Stiftung der Balneologischen Gesellschaft lautet: „Auf welche Weise kann für klimatische Herbst-, Winter- und Frühjahrskurse in Deutschland selbst Ersatz geschaffen werden?“

Bei der Beurteilung der zu klimatischen Kuren in den kälteren Jahreszeiten geeigneten Landschaften und Orte sind nach Möglichkeit zu berücksichtigen die Windverhältnisse, Maximal- und Minimaltemperaturen, Besonnung, Niederschlagsverhältnisse, Schneedecke, allgemeiner Stand der Vegetation (Beginn der Blüte der Obstbäume usw.), Krankheitsstatistik, subjektive Eindrücke der klimatischen Verhältnisse usw.

Die Höhe des Preises beträgt 800 M. Die Arbeiten sind bis zum 31. Dezember 1920 an den Vorsitzenden der Balneologischen Gesellschaft Herrn Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich, Berlin-Steglitz, Lindenstr. 34, einzusenden. Die Arbeit muß mit einem Motto versehen sein. In einem der Arbeit beiliegenden geschlossenen Briefumschlag mit gleichem Motto ist der Name und die genaue Anschrift des Verfassers anzugeben.

Die Kurtaxe in Karlsbad.

In letzter Zeit erschienen Mitteilungen über die Kurtaxerhöhungen in Karlsbad, wobei lediglich ein außerordentlicher Höchstsatz genannt wurde. Von amtlicher Stelle geht uns nun die Mitteilung zu, daß die Kurtaxklassen nur mäßig gesteigert sind. Eine erheblichere Steigerung ist nur für solche Fälle gedacht, wo außergewöhnliche Umstände vorliegen, insbesondere die Valutadifferenz einen höheren Taxbetrag rechtfertigt. Für Länder mit unveränderter oder im Preise gesunkener Geldwährung sind nur die Normalsätze vorgesehen. Die Kurtaxe bedeutet einen Betrag, welcher zu den anderen Auslagen und im Verhältnisse zu dem dafür Gebotenen sowie dessen Kosten gar nicht in Betracht kommt. Die Befürchtung einer zu hohen Kurtaxheranziehung der Gäste ist ganz und gar ungerechtfertigt, ebenso wie auch andere vielfach verbreitete Nachrichten, als ob der Besuch des Kurortes Karlsbad sehr erschwert sei, unrichtig sind. Der Kurgebrauch in Karlsbad ist ohne wesentliche Schwierigkeit, lediglich bei Erfüllung der nötigen Formalitäten jederzeit möglich. Das Kurleben in Karlsbad ist auch durch die politischen Verhältnisse unberührt geblieben.

V. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die am 20. März d. J. in Kraft getretene dritte Ausgabe der Deutschen Arzneitaxe 1920 ist in der Weidmann'schen Buchhandlung, Zimmerstraße 94, erschienen und daselbst käuflich zu haben

Berlin, den .7 April 1920.

Der Polizei-Präsident.
I. V.: Dr. Lehmann.

Zufolge Erlasses des Herrn Ministers für Volkswohlfahrt vom 11. März 1920 ist die Verteilung der Ausführung der seuchenpolizeilichen bakteriologisch-diagnostischen Untersuchungen auf die Untersuchungsämter im Landespolizeibezirk Berlin vom 16. April 1920 ab teilweise neu geregelt worden. Die Herren Aerzte werden deshalb gebeten, von diesem Tage ab das Untersuchungsmaterial gegebenenfalls einzusenden

a) aus dem Bereich des gesamten Stadtbezirks Berlin an das Medizinalamt der Stadt Berlin, C 2, Fischerstraße 39-42;
b) aus den Stadtbezirken Neukölln und Lichtenberg einschließlich Boxhagen und Stralau-Rummelsburg an das hygienische Institut der Universität Berlin, NW 7, Dorotheenstraße 28.

Die öffentlichen Apotheken sind, soweit erforderlich, mit Papierbeuteln zur Versendung des Untersuchungsmaterials mit entsprechender neuer Anschrift versehen worden.

Berlin, den 6. April 1920.

Der Polizei-Präsident.
I. A.: Kutscher.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 1. Mai 1920 | No. 18

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung



89. Jahrgang | Berlin, 1. Mai 1920 | No. 18

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Meine Erfahrungen mit Trivalin-Overlach.

Von Dr. Schmidt,
Stabsarzt und praktischer Arzt in Crossen a. O.

Die üblen Nebenerscheinungen, die ich in der Praxis gerade bei der sonst so robusten und widerstandsfähigen Landbevölkerung bei der subkutanen Anwendung des Morphiums beobachtet habe, wie sehr starker Brechreiz, geradezu beängstigende Störungen von seiten des Herzens und des Atemzentrums, brachten mich dazu, das von Overlach zusammengestellte Morphiumpräparat „Trivalin" anzuwenden.

Ueber meine Erfahrungen mit diesem Mittel will ich in folgendem berichten:

Zunächst Wirkungen bei einzelnen Patienten.

1. Eine 35 jährige kräftige, frisch und blühend aussehende Frau, die infolge eines sonst völlig kompensierten Herzklappenfehlers öfters im Jahr bei besonders nebeligem Wetter oder nach Ueberanstrengungen schwere Asthmaanfälle bekommt und auch öfter von recht schmerzhaften Gesichtsneuralgien gequält wird, verweigerte trotz ihres schwer leidenden Zustandes die Morphiuminjektion, weil sie jedesmal, wie ich selbst beobachtet habe, schon nach der kleinsten und hinterher 3—4 Tage den tollsten Katzenjammer hatte. Nach Injektion von Trivalin, das ich bis zu 1 ccm bei ihr Dosis (Injektion von ¼ ccm) schwere Kollapszustände bekam gegeben habe, blieben alle üblen Nebenerscheinungen aus, die Atemnot hörte sehr bald auf, die schmerzstillende Wirkung setzte voll nach einer halben Stunde ein und war anhaltend. Jedesmal genügte eine einzige Injektion, bei den leichteren Anfällen genügten 1—2 Tabletten Trivalin, die ebenfalls keinerlei Nebenerscheinungen hervorriefen, während Morphium auch als Pulver oder in Tropfenform garnicht vertragen wurde.

Seitdem habe ich bei allen Herzkranken, auch solchen mit schweren Kompensationsstörungen, wo ich eine Morphium-Injektion kaum gewagt hätte, unbedenklich Trivalin gegeben und habe nie unangenehme oder gar beänstigende Störungen beobachtet. Auch alte Leute mit Aderverkalkungen haben Injektionen von Trivalin stets sehr gut vertragen, wo ich auch mit kleinsten Morphiuminjektionen üble Erfahrungen gemacht hatte; allerdings habe ich auch hier das Trivalin nie über ½ ccm gegeben. Die Wirkung setzte im allgemeinen später ein als bei einer reinen Morphiuminjektion, war dann aber intensiver und hielt länger an.

2. Bei zwei robusten, etwa 45 jährigen Landfrauen, die an immer wiederkehrenden, sehr schmerzhaften Gallensteinkoliken litten und Morphium und auch Opium absolut nicht vertrugen, sondern entsetzlichen Brechreiz bekamen, so daß sie die Anwendung des Morphiums trotz aller Schmerzen ablehnten, gab ich zuerst nur ¼ ccm Trivalin subkutan. Der Brechreiz blieb gänzlich aus. Nach ¼ Stunde wurden die Schmerzen erträglich, und nach einer weiteren Injektion von ¼ ccm Trivalin war der Anfall vorbei. Ich habe später bei sehr schweren Attacken 1 ccm Trivalin gegeben. Brechreiz trat nie auf, die volle schmerzstillende Wirkung setzte erst nach ½ Stunde ein; ich habe aber nie bei einem Anfall die Injektion zu wiederholen brauchen, während früher bei der Anwendung der Morphiuminjektionen außer dem starken Brechreiz auch die schmerzstillende Wirkung der Injektion von 2 ccm Morphium = 1 ccm Trivalin manchmal schon nach 3 Stunden vorbei war und die alten Schmerzen auftraten. Die Wirkung des Trivalins war also viel nachhaltiger.

3. Ein ca. 35 jähriger Tabiker ohne vorhergegangenen Lues — die Wassermann'sche Reaktion war stets negativ — litt seit Jahren an sehr heftigen Nervenschmerzen, besonders in den Beinen. Da er Morphium in keiner Gestalt vertrug, sondern außer starkem Brechreiz auch bedenkliche Kollapserscheinungen auftraten, die ich sogar mit künstlicher Atmung und Kampferinjektionen hatte bekämpfen müssen, so verweigerte er trotz der offenbar unerträglichen Schmerzen weitere Anwendung des Morphiums. Ich versuchte nun bei ihm auch Trivalin und gab zuerst nur ¼ ccm; es traten kein Brechreiz noch sonst irgendwelche Reizzustände des Atemzentrums oder des Herzens auf. Dagegen trat nach ¼ Stunde ein deutliches Nachlassen der Schmerzen ein und hielt mehrere Stunden an. Später gab ich ½ und auch 1 ccm; es traten niemals unangenehme Nebenerscheinungen mehr auf, der Kranke rühmte stets, daß die schmerzstillende Wirkung viel intensiver und anhaltender sei als früher bei den Morphiuminjektionen.

4. Eine Kranke mit Herzklappenfehler und inoperablem Uteruskarzinom, das ihr viele Schmerzen verursachte, vertrug Opium und Morphium schlecht, sie mußte stets danach brechen und neigte auch außerordentlich zu Abszessen an den Injektionsstellen. Auch sie vertrug Trivalin in großen Dosen bis 5 ccm pro die ohne Brechreiz, und Abszesse entstanden trotz des langen und häufigen Gebrauchs sehr selten.

Ich kann also aus den vorher aufgeführten Krankheitsfällen nur bestätigen, daß bei vielen Kranken, die reines Morphium in keiner Form vertrugen, das Trivalin gar keine üblen Nebenerscheinungen hervorrief, und nach Angabe der Kranken in seiner beruhigenden schmerzstillenden Wirkung das Morphium weit übertraf.

Zufällig hatte ich bei Ausbruch des Krieges einen Karton mit Trivalin-Ampullen, die ich in meinem Koffer mitnahm,

Da meine Truppe gleich in den ersten Tagen in Gefechte kam, so machte ich mit anderen Kollegen die unangenehme Erfahrung, daß gerade die kräftigen Männer nach den Aufregungen des Kampfes — die Entbehrungen konnten damals noch nicht mitsprechen — bei Verwundungen Morphiuminjektionen recht schlecht vertrugen, und bedrohliche plötzliche Kollapserscheinungen ließen uns trotz des Jammers der Verwundeten mit der Spritze recht zurückhaltend werden. Später kam sogar von oben herab, eben wegen dieser allgemein beobachteten schweren Kollapserscheinungen, die Warnung, mit der Anwendung des Morphiums recht vorsichtig zu sein.

Als ich nach mehreren Wochen zum ersten Mal mit der Bagage mein Gepäck bekam, entnahm ich dem Koffer das Trivalin, und ich habe bei dessen Gebrauch nie Kollapserscheinungen beobachtet, die schmerzstillende Wirkung ließ manchmal allerdings ½ Stunde auf sich warten, war aber dann intensiv und viel anhaltender als bei reinem Morphium.

Zusammenfassend urteile ich nach meinen Erfahrungen über das Trivalin sehr günstig.

Die Lösungen halten sich lange steril, an den Injektionsstellen traten selten Abszesse auf, der Patient bleibt frei von Erbrechen und von Kollapserscheinungen seitens des Herzens und von Atemlähmungen; ich habe überhaupt nie unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet.

Die schmerzstillende Wirkung, die allerdings später einsetzt als bei reinem Morphium, ist dafür weit intensiver und anhaltender, daneben ist eine ausgesprochen beruhigende Wirkung vorhanden, so daß auch stets ruhiger Schlaf eintrat, während gerade nach Morphiuminjektionen die Kranken oft trotz Beseitigung der Schmerzen vor der erregenden Wirkung des Morphiums nicht schlafen können.

Ich halte daher das Trivalin dem Morphium weit überlegen.

II. Referate.

Prof. Dr. **G. Zuelzer** (Berlin): **Zur Scharlachfrage.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 48.)

Nach Verfasser besteht zwischen Scharlach und Fleckfieber in vieler Hinsicht Aehnlichkeit. Vor allem läßt sich die Infektion schon vor Manifestwerden der eigentlichen Symptome und des Fiebers durch die Vergrößerung von Milz und Leber feststellen, die am ersten Krankheitstage maximal vergrößert sind, um dann täglich kleiner zu werden, bis sie nach Ablauf des Fiebers ihre normale Größe wieder erreicht haben. Bei allen septikämischen Erkrankungen wird die Milz dagegen mit dem Fieberanstieg dauernd größer. Dagegen verhält es sich bei der Malaria ähnlich wie beim Scharlach und Fleckfieber, auch hier werden Milz und Leber im Inkubationsstadium des einzelnen Anfalls groß. Daher vermutet Verfasser als Erreger des Scharlachs und Fleckfiebers den Malariaerregern verwandte Protozoen und sieht im C h i n i n ein spezifisches Heilmittel des beginnenden Scharlachs. Verfasser hatte Gelegenheit, im Juli 1919 bei einer schweren Scharlachepidemie in Buer in Westfalen seine Theorie auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Es handelte sich darum, die Scharlachfälle so früh als möglich, vor Ausbruch des Exanthems, in Behandlung zu bekommen. Wenn in einem Scharlachhause ein Kind unter den üblichen Frühsymptomen mit 39—40° Fieber erkrankte, außerdem Leber und Milz stark vergrößert, Zunge und Gaumen typisch verändert waren, so war die Diagnose schon vor Ausbruch des Exanthems gesichert. Aber auch noch früher, bei leichtester Temperaturerhöhung, konnte, wenn die genannten objektiven Veränderungen bestanden, eine Scharlachinfektion angenommen werden. In diesem Stadium der Erkrankung gelingt es nach Verf., die sämtlichen Erscheinungen durch Chinininjektion oder Darreichung größerer Chinindosen per os in 24 Stunden zum Verschwinden zu bringen. In mehr als 50 Fällen wurde dies festgestellt. Ist dagegen das Exanthem richtig herausgekommen, so versagt die Chinintherapie vollständig, das Chinin bleibt ohne Einfluß auf den Verlauf. Innerlich gibt Z. Kindern von 8—12 Jahren 1—1,5 g Chinen pro Tag, nach seinen Erfahrungen vertragen scharlachinkubierte Kinder höhere Chinindosen auffallend gut; er sieht darin geradezu ein spezifisches Zeichen der Scharlachinkubation. Noch wirksamer ist die intramuskuläre Chinininjektion. Z. bediente sich einer Lösung von Chinin in Antipyrin, Chinolysin genannt (Kaiser Friedrich-Apotheke in Berlin), welche 1 g in 2 ccm gelöst enthält. Bei Personen von 15 Jahren und darüber injiziert man 1 g Chinin 2—3 mal täglich, bei Kindern von 8—15 Jahren 0,6—0,75 g mehrmals täglich, bei 5—8 jährigen 0,5 g pro dosi. — Nach Verf. kommen bei Kindern häufig leichteste Scharlachfälle vor, eintägiger Fieberanstieg auf 39° und mehr, ohne Ausschlag und Halsbelag, mit vorheriger Vergrößerung von Leber und Milz, die auch ohne Chinintherapie ausheilen. Bei Erwachsenen ist die akute, manifeste Scharlachinfektion selten, dagegen häufig nach Z. eine chronische, schleichend verlaufende latente Infektion. Die Diagnose dieses chronischen Scharlachs stützt sich auf den Nachweis der Milz- und Lebervergrößerung, die unter Chinin in wenigen Tagen zurückgeht, ferner bestehen die gleichen Veränderungen an der Zunge und am Gaumen, wie im Inkubationsstadium der frischen Fälle, auch lassen sich in den meisten Fällen ganz leichte Temperatursteigerungen nachweisen. Im Laufe von 8—9 Monaten bildet sich die Milz- und Lebervergrößerung spontan zurück. Verf. sieht in dieser von ihm angenommenen chronischen Scharlachform den Ausgangspunkt für weitere Infektionen; sie scheint ihm daher in epidemiologischer Hinsicht sehr bedeutsam zu sein. Ferner glaubt er auf Grund zahlreicher Beobachtungen, daß dieser chronische Scharlach der Erwachsenen die Disposition für akute Tuberkulose bedingt, die Tuberkelbazillen spielen hier dieselbe Rolle wie die Streptokokken beim akuten Scharlach.

Dr. **Willy Bender** (Breslau): **Die Variolabehandlung mit Kaliumpermanganat.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 49.)

Die von D r e y e r (Kairo) vor 10 Jahren empfohlene Behandlung der Variola mit Kaliumpermanganat wurde von Verfasser an 8 Fällen nachgeprüft. Er führte das Verfahren in folgender Weise durch. Am ersten Tage der Krankenhausaufnahme wird einmal der ganze Körper mit frisch bereiteter, gesättigter (6,5 proz.) Lösung gepinselt, dann wird ein zweites oder drittes Mal an einer halben Gliedmaße versucht. Tritt hierbei nach einer halben Stunde kein Brennen ein, so wird die Lösung ein zweites oder drittes Mal auf den ganzen Körper eingepinselt. Bei eingetretener Hautreizung wird der Versuch an einer anderen Gliedmaße mit 1,5 proz. Lösung wiederholt und bei fehlender Schmerzempfindung der ganze Körper gepinselt. Nun wird an jedem weiteren Tag, je nach der Empfindlichkeit der Haut, mit gesättigter oder 1,5 proz. Lösung, bei sehr empfindlichen Patienten mit ev. noch stärkerer Verdünnung gepinselt. An den Händen und Füßen kann wegen geringerer Hautempfindlichkeit dauernd mit konzentrierter Lösung behandelt werden. Auf Grund seiner Erfahrungen erklärt B. die Kaliumpermanganatbehandlung der Variola zur Behandlung der dermatologischen Komponente der Erkrankung als jeder anderen Methode weit überlegen. Das Rekonvaleszentenstadium wird infolge der Beschleunigung der Abschuppung bedeutend verkürzt, zumal wenn die Schälung an Handtellern und Fußsohlen durch Schälkur und mechanische Entfernung unterstützt wird. Die die Kranken psychisch schädigende Isolierung wird auf kürzeren Zeitraum beschränkt.

Dr. **Margarete Albrecht** (Berlin): **Zur Behandlung der Diphtherie mit unspezifischem Serum.** (Therapie der Gegenwart, Novemberheft 1919.)

Zur Nachprüfung der Angabe von B i n g e l, daß gewöhnliches Pferdeserum bei der Diphtherie nicht schlechter wirkt, als antitoxisches Diphtherieheilserum, wurden im vorigen Jahr im Krankenhause Moabit zu Berlin eine größere Zahl von Diphtheriefällen abwechselnd mit gewöhnlichem Pferdeserum und mit Diphtherieheilserum behandelt. Dabei wurde beobachtet, daß die leichteren Fälle unter der Behandlung mit gewöhnlichem Pferdeserum (G.-P.) nicht anders verlaufen, als unter der spezifischen Serumbehandlung, nur daß die Abstoßung der Beläge im Durchschnitt unter gewöhnlichem Serum um 1¼ Tag länger dauert, als unter antitoxischem Serum. Mehrfach wurde beobachtet, daß trotz G.-P.-Behandlung die Beläge von Rachen und Nase auf den Kehlkopf übertraten, was bei der Antitoxinbehandlung wenigstens in leichteren Fällen kaum jemals vorkommt. Die Mortalität der mit G.-P. Behandelten betrug 9,8 %, gegenüber 5 % bei den mit Antitoxin Behandelten. Bei einzelnen mit G.-P. behandelten Fällen schritt die Verschlimmerung unaufhaltsam in einer Weise fort, wie es unter Behandlung mit antitoxischem Serum nur selten beobachtet wird. Deshalb wurde von einer weiteren Anwendung des gewöhnlichen Pferdeserums Abstand genommen.

Dr. **E. J. Schmitz** (Frankfurt a. M.): **Grippe und Gravidität.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 48.)

Die Erfahrungen der medizinischen Universitätsklinik in Frankfurt a. M. ergaben in Bestätigung anderweitiger Erfahrungen, daß die Prognose der Grippe in der Schwangerschaft äußerst ungünstig ist. Von 37 graviden Frauen starben 17, d. h. 45,9 %. Von 866 nicht graviden Frauen starben 108 = 12,5 %. Eine Erklärung für diesen ungünstigen Verlauf der Grippe bei Schwangeren findet Verf. neben der Veränderung des Atemmechanismus und der Erschwerung des Kreislaufs in der physiologischen Schwellung der Schleimhaut der Respirationsorgane in der Schwangerschaft.

Dr. **Erwin Pulay** (Wien): **Zur Pathogenese des Haarausfalls nach Grippe.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 49.)

Der Haarausfall nach Grippe tritt, wie Verfasser ausführt, nur bei jenen Individuen in Erscheinung, welche ein be-

sonders ansprechbares sympathisches Nervensystem und labiles Gefäßsystem besitzen; er ist aus der allgemeinen Gefäßlähmung und Atonie der Vasomotoren zu erklären. In der Entwicklung begriffen, läßt sich der Haarausfall nach Verfasser günstig beeinflussen; die Behandlung zerfällt in eine allgemeine und eine örtliche. Die allgemeine (Adrenalin, Strychnin, Arsen, Chinin, ev. Atropin) ist auf die Hebung des Gefäßtonus gerichtet, die örtliche Behandlung (Quarzlicht, Teer) wirkt hyperämieerregend und örtlich tonisierend. Die Behandlung, namentlich die Bestrahlungen, muß sich auf Wochen erstrecken, die Behandlung darf nur stimulieren, niemals reizen; Bestrahlungen bis zu deutlicher Reaktion (Rötung, Blasenbildung) sind zu vermeiden.

Dr. **Theodor Zlocisti** (Berlin): **Zur Theorie des Schwarzwasserfiebers.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 49.)

Bisher ist es noch nicht gelungen, eine für alle Fälle zutreffende Auffassung der Pathogenese des Schwarzwasserfiebers zu gewinnen. Deswegen berichtet Verfasser über einen von ihm beobachteten Fall, wo — es handelte sich um einen 33 jährigen Mann — schon wenige Wochen nach Beginn einer Malaria tropica — die Symptome des Schwarzwasserfiebers bei gleichzeitiger schwerer Anämie auftraten, und zwar ohne daß Chininbehandlung vorhergegangen war. Durch Kochsalzinfusionen in Verbindung mit stärkeren Chiningaben (2 g pro die, teils per os, teils intramuskulär) und Sol. Fowler. wurde die Hämoglobinurie geheilt und die Anämie gebessert (von 22 Proz. auf 60 Proz. Hb). Dieser Fall ist nach Verf. mit der Auffassung des Schwarzwasserfiebers als Chininvergiftung unvereinbar. Vielmehr erschien hier das Schwarzwasserfieber als eine schwerste Form der Malariainfektion. In derartigen Fällen wirkt Chinin kausal, weil plasmodientötend. Das bisherige Beobachtungsmaterial läßt es nach Z. zweifelhaft erscheinen, ob für alle Schwarzwasserfieberfälle eine einheitliche Genese vorliegt.

Dr. **Erich Rominger** (Freiburg i. Br.): **Zur Diagnose der tuberkulösen Meningitis im Kindesalter.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 48.)

Zur frühzeitigen Diagnose der tuberkulösen Meningitis bei Kindern ist nach Verfasser vor allem die Anstellung der Pandy'schen Reaktion am Lumbalpunktat zu empfehlen. Diese wird folgendermaßen angestellt. Man gibt zu etwa 1 ccm (1 Teil Acid. carbol. cryst. + 15 Teilen destillierten Wassers) einen Tropfen Zerebrospinalflüssigkeit. Ueberall, wo die beiden Flüssigkeiten sich berühren, entsteht in einigen Sekunden eine bläulichweiße Färbung, als ein Zeichen, daß in dem betreffenden Liquor leicht fällbare Eiweißstoffe (Globuline) in pathologischer Menge sich finden. Bei allen in den letzten 9 Monaten an der Freiburger Kinderklinik beobachteten 15 Fällen von Meningitis tuberculosa war die Pandy'sche Reaktion positiv. Die Reaktion ist schon zu einer Zeit positiv, wo die voll beweisenden pathognomonischen Zeichen der tuberkulösen Meningitis noch fehlen; solche sind der positive Tuberkelbazillenbefund im Liquor und die Röntgenplatte mit dem typischen Bild der Miliartuberkulose der Lunge. Der negative Ausfall der Pandy'schen Reaktion im Liquor schließt nach Verfassers Erfahrungen das Vorhandensein einer tuberkulösen Meningitis aus.

San.-Rat Dr. **Heubach** (Graudenz): **Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit der Tuberkulin-Inunktionskur nach Petruschky.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 49.)

Die von Petruschky angegebene Tuberkulin-Inunktionskur wurde vom Verfasser bei einer größeren Zahl von Kranken mit chirurgischer Tuberkulose in Verbindung mit den übrigen therapeutischen Maßnahmen, die teils chirurgische, teils allgemeine diätetische und physikalische waren, angewendet. Es handelte sich um 80 Fälle von Lymphdrüsentuberkulose, 45 Fälle von Knochen- und Gelenktuberkulose, 5 andere Fälle (Peritonitis tuberculosa usw.). Mehr als die Hälfte der Fälle waren schwere, die übrigen meist mittelschwere. Verfasser gewann den Eindruck, daß die Tuberkulin-Einreibung den Heilungsverlauf äußerst günstig beeinflußt, indem sie die natürliche Widerstandskraft des Organismus erhöht.

Prof. Dr. **Leopold Freund** (Wien): **Eine neue Behandlungsmethode des Lupus vulgaris.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 50.)

Die von Verfasser empfohlene Methode eignet sich nur für umschriebene Lupusherde. Unter Lokalanästhesie wird der Krankheitsherd 1 cm weit vom Rande des kranken Gewebes im Gesunden mit senkrecht aufgesetzter Messerschneide so tief umschnitten, daß das Skalpell die ganze Haut durchtrennt; dann wird der umschnittene Lappen so abpräpariert, daß womöglich alles Kranke in der Haut und den darunter befindlichen Gewebeschichten gründlich entfernt wird. Die Blutung wird durch Kompression, Torsion und nach Bedarf mit Ligaturen gestillt, der Defekt wird mit steriler Gaze gedeckt und verbunden. Nach 1—2 Tagen wird der Verband entfernt und auf die Wunde eine Erythemdosis Röntgenstrahlen appliziert (in 7—8 Bestrahlungen an aufeinanderfolgenden Tagen). Die Wunde wird mit Vaselinläppchen bedeckt. Auf diese Weise erzielt man eine zarte, kosmetisch vorteilhafte Narbe. In den bisher von F. mit dieser Methode behandelten Fällen betrug die Dauer der Behandlung bis zur vollständigen Heilung je nach der Größe der Wunde 8—26 Tage. Nur in einem Falle, bei einem 15 cm im Durchmesser betragenden Lupusherd einer Gesäßhälfte erforderte die Heilung eine Zeit von 9 Wochen. In einem Fall trat 3 Monate nach der Behandlung ein Lupusknötchen am Rande der Narbe auf, welches unter derselben Behandlung in 10 Tagen heilte. Sonst wurden keine Rezidive beobachtet.

Prof. **Carl Stern** (Düsseldorf): **Die Technik der Silbersalvarsaninjektion.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 48.)

Silbersalvarsannatrium löst sich, wie St. gefunden hat, in den üblichen Dosierungen (0,1—0,3 g) in 2—3 g warmem Leitungswasser. Daher verfährt St. bei der Einspritzung folgendermaßen. In die mit dem Zeigefinger der linken Hand am Kanülenansatz verschlossene Rekordspritze von 10 g gießt er 3 g 36° warmen, abgekochten Leitungswassers. Der Inhalt der Ampulle Silbersalvarsan wird unter beständigem leichten Schütteln der Spritze in kleinen Teilen in das Wasser geschüttet und gelöst. Nachdem die Luft aus der Spritze entfernt ist, wird mit einer etwas stärkeren Kanüle die Vene angestochen und soviel Blut angesaugt, daß die Spritze voll wird. In dem Blut lösen sich alle Reste von noch etwa ungelöstem Silbersalvarsan unmittelbar. Diese Blutsilbersalvarsanlösung wird, ohne die Spritze aus ihrer Lage zu entfernen, sofort wieder injiziert. Nach Verfasser werden die Einspritzungen in dieser Form gut vertragen. Falls die Venen nicht gut sichtbar sind, kann man Silbersalvarsan in 2—3 g Leitungswasser gelöst nach St. auch intramuskulär einspritzen.

Oberarzt Dr. **J. Hoppe** (Landesheilanstalt Uchtspringe): **Ueber Silbersalvarsannatrium.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 48.)

Verfasser hatte Gelegenheit, das Silbersalvarsan bei kräftigen Paralytikern, bei Hirnluetikern, bei an angeborener Lues leidenden Idioten, sowie bei Epileptikern mit gleichzeitiger Lues anzuwenden. Die Dosis betrug bei Jugendlichen 0,1, bei Erwachsenen 0,2—0,25. Die Anwendung geschah zunächst intravenös, in 10—20 ccm Aq. dest. steril gelöst. Ueble Zufälle kamen nie vor. Ueber die klinische Wirkung kann H. bei der geringen Zahl der Fälle und der kurzen Beobachtungszeit kein abschließendes Urteil abgeben. Besserungen wurden in verschiedenen Fällen (Paralyse, Epilepsie) erzielt. H. studierte auch die Ausscheidungsverhältnisse des Präparats nach intravenöser Zuführung; er fand, daß die Hälfte des eingeführten Arsens bereits in den ersten 24 Stunden, die Hauptmenge, etwa ³/₄, innerhalb der ersten 4 Tage ausgeschieden wird; vollendet ist die Ausscheidung durchschnittlich in 10 Tagen. Vom Silber wird fast die Hälfte im Körper zurückgehalten. — Verfasser stellte außerdem fest, daß Silbersalvarsan bis zur Dosis 0,2 — je 0,1 in jedem Glutäus — auch intramuskulär eingespritzt werden kann, ohne erhebliche Beschwerden zu machen.

Prof. **G. L. Dreyfus** (Frankfurt a. M.): **Nebenwirkungen des Silbersalvarsans. Vorschläge zu deren Verhütung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 47 bis 48.)

Um Nebenwirkungen des Silbersalvarsans zu verhüten, muß man nach Verf. unbedingt mit einer ganz kleinen Dosis 0,02—0,03, höchstens 0,05 g, die Behandlung beginnen. Wurde die erste Dosis gut vertragen, so steige man nach etwa drei Tagen auf 0,05, dann nach wieder 3 Tagen auf 0,075, in derselben Weise weiter auf 0,1, 0,15, 0,2, 0,25 g. Injiziert man durchschnittlich 2 mal wöchentlich mit in dieser Weise steigenden Dosen, so gewöhnt sich in der größten Zahl der Fälle der Organismus an das Silbersalvarsan und verträgt es anstandslos. Hat der Kranke irgendwie reagiert, so lasse man die Reaktion erst ganz abklingen, warte dann noch einige Tage und beginne wieder mit einer ganz kleinen Dosis (höchstens 0,05 g). Sorgfältig ist auf das geringste Exanthem zu achten, welches, morbillenartig, häufig unbemerkt, ohne Fieber, nach Silbersalvarsan auftritt. Nach einem noch so leichten Exanthem oder Erythem ist die Behandlung für 10—14 Tage ganz auszusetzen, um dann wieder einschleichend, aber in größeren Intervallen (4—5 Tage), fortgesetzt zu werden. Kommt es nochmals zu einem Exanthem, so muß die Behandlung mit Silbersalvarsan mindestens für einige Monate abgebrochen werden. Bei Kranken, die früher bereits auf Quecksilber mit einem Exanthem reagiert hatten, ebenso bei solchen, die an chronischen nichtluetischen Hautkrankheiten (Ekzem usw.) leiden, sei man besonders vorsichtig.

Dr. **Adolf Edelmann** (Wien): **Lungenerweiterung, ein häufiger Lueslungenbefund.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 49.)

Nach Verfasser kann die tertiäre Lues zu Lungenveränderungen im Sinne einer Lungenerweiterung und Emphysem führen. Durch diesen Befund würde ein Teil der Fälle des sogen. idiopathischen Emphysems des mittleren Lebensalters eine ätiologische Erklärung finden. Vielleicht hängt damit auch die verblüffende Wirkung der Jodpräparate bei manchen Emphysemfällen zusammen. Ebenso wie die Aortenlues von der Arteriosklerose scharf zu trennen ist, ist nach E. die Lungenerweiterung und das Emphysem auf luetischer Basis von dem idiopathischen Emphysem zu unterscheiden.

Dr. **G. Schröder** (Neue Heilanstalt für Lungenkranke zu Schömberg): **Ueber Lungensyphilis.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 49.)

Verfasser berichtet über fünf mit Erfolg spezifisch behandelte Fälle von Lungensyphilis und bespricht im Anschluß daran die für die Diagnose Lungensyphilis wesentlichen Merkmale. Zunächst ist eine sorgfältige Anamnese aufzunehmen. Für Lungensyphilis spricht dann: 1. ev. luetische Veränderungen in den oberen Luftwegen (Kehlkopf) und an anderen Körperstellen; 2. die Lokalisation des Lungenprozesses: Sitz in den Hilusgegenden und im rechten Mittellappen; die oberen Abschnitte der Lunge werden nur selten befallen; 3. Fehlen von Tuberkelbazillen im Auswurf; 4. der Verlauf, der meist protrahierter als bei Tuberkulose ist; 5. das charakteristische Röntgenbild. — Wenn man in verdächtigen Fällen, besonders bei dem geschilderten atypischen Sitz des Leidens, an Lungensyphilis denkt und alle diagnostischen Hilfsmittel zu Rate zieht, wird man die Diagnose nicht verfehlen und den Kranken durch eine energische antisyphilitische Therapie einer schnellen Genesung zuführen.

Dr. **Strisower: Pharmakologische Beeinflussung des Pulses bei einem Fall von Herzblock.** (Wiener klin. Wochenschr. 1920, Nr. 13.)

Bei einem 82 jährigen Manne mit vorgeschrittener Arteriosklerose kam es, wahrscheinlich infolge von Koronarsklerose und der dadurch bedingten schlechten Blutversorgung des Herzens, zu einer Ueberleitungsstörung mit Dissoziation und ventrikulärer Bradykardie und ferner zu Schwindelanfällen sowie vorübergehenden Lähmungserscheinungen, die wohl auf Krämpfe der Gehirngefäße zurückzuführen sein dürften. Nach einer Adrenalin-Injektion trat eine Beschleunigung des Sinusrhythmus auf, die längere Zeit anhielt. Diese 10 tägige Wirkung des Adrenalins im Sinne einer Umwandlung des Herzblocks im Sinusrhythmus erklärt Verfasser entweder durch seine bekannte erregende Wirkung auf die Endapparate der Förderungsnerven des Herzens oder durch die Erweiterung der Konorargefäße durch Adrenalin, welche eine bessere Durchblutung des Herzens zur Folge haben, dadurch die Leitfähigkeit des Herzmuskels erhöhen und den Herzblock aufheben. Diese Erfahrung veranlaßt den Verfasser zur sehr vorsichtigen Anwendung von Adrenalin und zwar empfiehlt er die Injektion von 0,25 ccm einer Lösung 1:1000.

Hirsch.

Dr. **Alfred Serko** (Graz): **Ein Fall von familiärer periodischer Lähmung.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 47.)

Verfasser beobachtete bei einem 26 jährigen landwirtschaftlichen Arbeiter ein Krankheitsbild, welches als familiäre periodische Lähmung (Oddo-Audibert) zu bezeichnen ist. Der Kranke erbte sein Leiden von seinem Vater, der an Herzfehler zugrunde ging. Die Krankheit ist durch periodisch wiederkehrende Lähmungszustände von kurzer Dauer und wechselnder Intensität, vornehmlich der Muskulatur der Bewegungs-, aber auch der vegetativen Organe gekennzeichnet. Die Lähmungen sind schlaff, bei erloschenen resp. herabgesetzten Reflexen. Sie entwickeln sich anfallsartig innerhalb weniger Stunden während der Ruhe und klingen ebenso rasch ab. In den freien Intervallen, von habitueller Obstipation abgesehen, volles Wohlbefinden. Den Lähmungsanfällen gehen regelmäßig Prodromalerscheinungen seitens des Gesamtorganismus, insbesondere des Gastrointestinaltractus, voraus. Die gelähmten Muskeln zeigen sich in ihrer elektrischen Erregbarkeit verändert und etwas geschwollen. Als Ursache der periodischen Lähmungen nimmt Verfasser mit W e x b e r g eine Autointoxikation an.

Prof. **E. Payr** (Leipzig): **Elfjähriger Dauererfolg einer Ventrikeldrainage bei Hydrocephalus.** (Medizin. Klinif 1919, Nr. 49.)

Seit 1907 wendet P. die Ventrikeldrainage bei Hydrocephalus internus an. In Fällen, in denen man eine Störung der normalen Resorption der Gehirnflüssigkeit annehmen kann, besteht der Plan darin, den Abfluß des in den Seitenkammern des Gehirns aufgestauten Liquors in die venöse Blutbahn zu leiten. Liegt dagegen ein erworbener Hydrocephalus auf entzündlicher Grundlage vor, so kommt eine Drainage der Ventrikel gegen sämtliche resorptionsbereiten Räume und Gewebsspalten an Hirnoberfläche und Schädel in Betracht. Verfasser erreicht dies dadurch, daß er nach Bildung eines entsprechenden Hautperiostknochenlappens als Drain eine in Formalin gehärtete Kalbsarterie verwendet, deren eines Ende in den einen Seitenventrikel eingeführt wird, während ihr anderes Ende mit dem Subarachnoidal-, Subdural- und Epiduralraum in Verbindung gesetzt wird. P. operierte in dieser Weise im Jahre 1908 ein 16 jähriges Mädchen mit schwerem, mit hochgradiger doppelseitiger Stauungspapille einhergehendem Hydrocephalus. Die Operation verlief ungestört; 17 Tage nach der Operation wurde die Patientin völlig beschwerdefrei entlassen. Nach 11 Jahren konnte P. feststellen, daß die Patientin völlig gesund geblieben ist; auf beiden Augen findet sich keine Stauungspapille mehr, beiderseits volle Sehschärfe. Es handelt sich hier also um einen Dauererfolg der Ventrikeldrainage. Im Anschluß daran bespricht Verfasser die anderen für gewisse Fälle zur Druckentlastung bei Hydrocephalus in Frage kommenden Eingriffe: den von A n t o n und v. B r a m a n n eingeführten Balkenstich, ferner den S u b o c c i p i t a l - oder G e n i c k s t i c h, der besonders bei in der hinteren Schädelgrube lokalisierter, umschriebener Liquorvermehrung in Betracht kommt.

Prof. **D. Gerhardt** (Würzburg): **Ueber die diagnostische Bedeutung der Sarcine im Mageninhalt.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 49.

Nach den Erfahrungen in des Verfassers Klinik weist Sarcine im Mageninhalt immer auf Stauung im Magen hin. Meist handelte es sich um organische Pylorusstenose mit beträchtlicher Gastrektasie; in vereinzelten Fällen war die Stauung nur eine vorübergehende, teils durch leichte organische Veränderungen mit reflektorischem spastischen Pylorusverschluß, teils durch die motorische Insufficienz der akuten Gastritis bedingt. Anwesenheit oder Fehlen von freier Salzsäure schien auf die Ansiedelung der Sarcine ohne Einfluß.

Dr. **Max Henius** (Berlin): **Die Behandlung schmerzhafter Mastdarmerkrankungen mit Eukupin.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 49.)

Die starke anästhisierende Wirkung des Eukupins, welche die des Kokains um ein Vielfaches übertreffen soll, läßt sich nach Verfasser zur Bekämpfung der Schmerzen bei Erkrankungen des Mastdarms verwerten. H. benutzt dazu Zäpfchen aus Cacaobutter mit einem 2 proz. Gehalt von Eucupinum basicum. Diese Zäpfchen erwiesen sich zunächst von guter schmerzlindernder Wirkung bei den neuralgischen Erkrankungen des Mastdarms, die besonders als Folge von Ruhrerkrankungen auftreten. Zwei bis drei Zäpfchen am Tage genügen, um eine lange anhaltende Schmerzlosigkeit und in zahlreichen Fällen auch eine Heilung zu erzielen. Dagegen konnte bei den Analkrisen der Tabiker eine Linderung der Beschwerden durch das Eukupin nicht festgestellt werden. In einem Falle von Kokzygodynie war eine deutliche Besserung zu verzeichnen. Von ganz besonderem Nutzen erwies sich das Eukupin bei der Behandlung der Fissura ani. Die Einführung von 2—3 Eukupinzäpfchen ermöglicht eine genaue Auseinanderhaltung und Untersuchung der Analschleimhaut; 4—6 Zäpfchen am Tage eingeführt, erzeugen langdauernde Schmerzlosigkeit. Bei den durch Hämorrhoiden verursachten Schmerzen gelingt es fast immer, mit 2—3 Zäpfchen am Tage dem Kranken Schmerzfreiheit zu verschaffen, die auch noch während der ganzen Nacht vorhält. Bei sehr starker Schmerzhaftigkeit, wo die Einführung der Zäpfchen unmöglich ist, gelingt dies nach einem heißen Sitzbad; auch hier wurde dann ein zufriedenstellender Erfolg erzielt. Nur ausnahmsweise versagte Eukupin ebenso wie alle anderen schmerzstillenden Mittel, hier war dann ein chirurgischer Eingriff nötig. Ebensowenig wurde beim Rectumkarzinom eine Aufhebung der Schmerzen erreicht. Bei den Folgeerscheinungen der Ruhr und bei der chronischen Ruhr erwies sich Eukupin zur Bekämpfung der Mastdarm- und Blasenkrämpfe und der durch Erosionen verursachten Schmerzen sehr angebracht. Auch eine heilende Wirkung des Eukupins war dabei zu konstatieren, vielleicht eine Folge seiner desinfizierenden Eigenschaften. Störende Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet.

Prof. Dr. **A. Läwen** und Dr. **Ad. Reinhardt** (Leipzig): **Ueber das durch Oxyuriasis des Wurmfortsatzes und Appendizitis ex oxyure hervorgerufene Krankheitsbild und seine pathologisch-anatomischen Grundlagen.** (Münch. med. Wochenschrift 191,9 Nr. 50.)

Unter 620 seit dem Frühjahr 1914 exstirpierten und anatomisch untersuchten Wurmfortsätzen fanden die Verfasser 60 mal, d. h. in 9,76 Proz., Oxyuren im Wurmfortsatz. Der Prozentsatz bei weiblichen Kranken betrug 12,3, bei männlichen 6 Proz. Das Gesamtergebnis ihrer Beobachtungen fassen die Autoren folgendermaßen zusammen: Es gibt eine

klinische Appendizitis, die durch Oxyuren hervorgerufen wird, und zwar vornehmlich dadurch, daß die Oxyuren sich in die Schleimhaut einbohren und hierdurch den Weg für einen bakteriellen Infekt freimachen. Das Krankheitsbild ist das eines leichten oder mittelschweren, selten schweren appendizitischen Anfalles oder das einer chronischen Appendizitis. Auch die Vollpfropfung des Wurmfortsatzes mit Oxyuren kann das klinische Bild einer akuten oder chronischen Appendizitis auslösen. Wahrscheinlich können die Oxyuren auch — durch Giftwirkung — eine superfizielle, vorübergehende Schleimhautentzündung mit appendizitischen Beschwerden machen. Klinisch läßt sich eine sichere Diagnose auf Oxyuriasis des Wurmfortsatzes nicht stellen, doch weist ein verhältnismäßig geringer objektiver Befund (weicher oder in der Zoekalgegend wenig gespannter Bauch, kein oder wenig Fieber, gesteigerte Pulsfrequenz) bei ziemlich erheblichen akuten oder chronischen Beschwerden auf eine Oxyurenappendizitis hin. Die Diagnose wird um so wahrscheinlicher, wenn bereits früher, manchmal Jahre zurückliegend, Oxyurenbefunde im Darm gemacht worden sind. Besonders häufig sieht man solche Fälle bei jugendlichen Personen weiblichen Geschlechts. Zuweilen besteht auch das Bild des schweren akuten appendizitischen Anfalles, wenn die durch Einbohrung der Oxyuren hervorgerufenen Entzündungserscheinungen im Wurmfortsatz entsprechend hochgradiger und fortgeschrittener sind. Ein reichlicher seröser Erguß in der Bauchhöhle spricht zuweilen für Oxyuriasis des Wurmfortsatzes. Manchmal ist nur die Serosa der Appendix und ihre Umgebung auffallend feucht. Die durch Oxyurenappendizitis hervorgerufenen Beschwerden hören nach Entfernung des Wurmfortsatzes auf. Diese Erfahrungen weisen darauf hin, daß die Oxyuriasis des Darmes bei Kindern und Erwachsenen energisch zu bekämpfen ist.

Dr. **Maximilian Hirsch** (Wien): **Ueber Fremdkörperarthritis.** (Wiener klin. Wochenschrift 1919, Nr. 48.)

Wenn ein Fremdkörper in ein Gelenk eingedrungen ist und sich dort festsetzt, ohne Eiterung hervorzurufen, so entsteht das Krankheitsbild der Fremdkörperarthritis. Metallische Fremdkörper rufen gewöhnlich einen intermittierenden Hydrops hervor; handelt es sich um nichtmetallische Fremdkörper, z. B. Holzteilchen, so entsteht ein dem Gelenkfungus in allen Stücken gleichendes Krankheitsbild. Ausnahmsweise kann diese pseudofungöse Form auch durch einen metallischen Fremdkörper hervorgerufen werden. Einen derartigen Fall beobachtete Verfasser. Bei einer Frau bestand seit über 20 Jahren eine Entzündung des linken Kniegelenks. Anfänglich schwoll das Gelenk nur anfallsweise an, schließlich bestand eine dauernde, spindelförmige, fungusartige Schwellung, mit fast vollständiger Versteifung, starker Schmerzhaftigkeit bei Belastung, Unmöglichkeit zu stehen und zu gehen. Die Röntgenuntersuchung ergab die Anwesenheit eines Nadelfragments im Gelenk. Der Fremdkörper saß zwischen Meniskus und Tibiagelenkfläche und wurde nach Eröffnung des Kniegelenks mittels seitlichen Bogenschnitts entfernt. Die Synovia war stark geschwollen, gerötet und schwammig verdickt. Der Wundverlauf war normal. Nach Ablauf von 4 Monaten war das Kniegelenk vollständig zur Norm zurückgekehrt und wieder funktionsfähig; die Frau kann anstandslos gehen und stehen. Der Fall beweist, daß bei jeder fungusartigen Gelenkerkrankung an einen Fremdkörper gedacht werden muß und die entsprechenden Maßnahmen getroffen werden müssen.

Dr. **A. Reinhart** (Kiel): **Die Behandlung der chronischen Gelenkerkrankungen mit Sanarthrit Heilner.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 49.)

In der medizinischen Universitätsklinik zu Kiel wurde die vor einigen Jahren von Heilner auf Grund theoretischer Ueberlegungen angegebene Behandlung chronischer Gelenkerkrankungen mit Einspritzungen von Sanarthrit (Extrakt aus Tierknorpeln) an 23 Kranken mit deformierenden chronischen Gelenkentzündungen, sekundärem chronischen Gelenkrheumatismus usw. versucht. Eine zum Teil überraschend gute Wirkung wurde bei 5 Kranken erzielt, die zum Teil sich monatelang kaum mehr bewegen konnten, deren Kniegelenke völlig steif waren, die vollständig hilflos dalagen und nach 2—3 Einspritzungen wieder gehen und stehen konnten. Eine völlige Heilung wurde allerdings meist nicht erzielt und war bei den vorgeschrittenen durch das Röntgenbild festgestellten Veränderungen auch nicht zu erwarten. In einem Fall konnte eine restlose Heilung vermerkt werden. Eine Besserung für Stunden oder einige Tage (Verminderung der Schmerzen, bessere Beweglichkeit) war in 11 Fällen zu konstatieren; die Besserung trat gewöhnlich nach jeder Einspritzung ein. In den übrigen 7 Fällen war weder subjektiv noch objektiv eine Einwirkung vorhanden. Nach der Einspritzung zeigte sich sowohl eine allgemeine wie eine örtliche Reaktion. Die erstere besteht in Schüttelfrösten mit oder ohne Fieber, Kopfschmerzen, Brechreiz; die letztere in Schmerzen in den erkrankten, bisweilen auch in den gesunden Gelenken. An schweren Nebenwirkungen wurde einmal eine drei Tage dauernde Hämaturie, mehrere Male erhebliche Blutdrucksenkungen beobachtet, eine bleibende Verschlimmerung trat in keinem Falle auf.

Dr. **Benno Bochner** (Berlin): **Zur Behandlung der Rhinopharyngitis mit dem Schnupfgleitpulver „Rhinogleit“.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 48.)

Die Beschwerden beim Nasenrachenkatarrh zu mildern, ist nach B. die Anwendung des Schnupfgleitpulvers „Rhinogleit sehr geeignet. Das als Vehikel benutzte Gleitpulver besteht aus Kartoffelstärke, die mit ätherischer Wachslösung getränkt ist, und Magnesiumkarbonat. Als medicamtöse Zusätze sind Menthol, Suprarenin, Anaesthesin und ätherische Oele gewählt. Rhinogleit stellt ein sehr feines, leicht verstäubbares Pulver dar. Verfasser empfiehlt, in jedes Nasenloch zwei Prisen aufschnupfen zu lassen, besonders auch abends vor dem Einschlafen.

Dr. **Walter Freund** (Reinerz): **Nebenerscheinungen des Nirvanols.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 50.)

Verfasser vermehrt die Kasuistik der Nebenerscheinungen des Nirvanols um 3 Fälle. In 2 Fällen entstand nach 1 g Nirvanol ein starkes Oedem des Gesichts, mit Fieber verbunden, bis 39,8 °, resp. 38,5 °; in einem Fall bestand auch schwere Störung des Allgemeinbefindens, welche in 8 Tagen allmählich abklang. In dem dritten Fall zeigte sich nach je 0,5 g Nirvanol an 4 aufeinanderfolgenden Tagen ein großfleckiges Exanthem, das sich vom Gesicht, Nacken, Hals und Schultern in 24 Stunden über den ganzen Körper verbreitete, bei geringem Juckreiz und Temperaturerhöhung auf 37,5 °. Sonst war das Allgemeinbefinden nicht wesentlich gestört. Nach 3 Tagen war das Exanthem völlig abgeblaßt.

Dr. phil. et med. **Charlotte Jacob** (Königsberg): **Ueber Nirvanolvergiftung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 48.)

Bei einer Anzahl von Kranken der Frauenstation der Universitätsklinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in Königsberg wurde das Schlafmittel Nirvanol (Phenyläthylhydantoin) in Tabletten zu 0,5 g gegeben. Darnach wurden eigenartige Vergiftungserscheinungen beobachtet. Einige Zeit nach Beginn der Nirvanolmedikation brach unter Fieber (bis zu 40 °) ein Exanthem aus, welches nach mehreren Tagen mit Absinken der Temperatur verblaßte, manchmal jedoch noch längere Zeit nach der Entfieberung bestehen blieb. Die Kranken bekamen durchweg 2 Tage vor Auftreten des Ausschlags ein gedunsenes, bläulichrotes Gesicht; besonders die Augenlider und die Mundgegend waren stark ödematös. Das Exanthem wurde meist einige Tage nach der Temperaturerhöhung sichtbar; es begann entweder an Brust und Armen, oder an den Beinen, um sich dann meist diffus über den ganzen Körper auszubreiten. Das Aussehen des Exanthems war sehr wechselnd, großfleckig bis kleinfleckig, oft mehr masernartig, oft mehr scharlachähnlich, manchmal Quaddeln bildend, die dann zusammenflossen. In zwei Fällen trat nach Abblassen des Exanthems Schuppung ein. Eine Erklärung für das Auftreten des Exanthems läßt sich vorläufig nicht geben.

Prof. **K. Bohland** (Bonn): **Nitrobenzolvergiftung durch Einatmen eines Läusemittels.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 50.)

Einem 13jährigen Mädchen wurde von der Mutter wegen Kopfläusen mit einem von einem Drogisten zusammengestellten Mittel der Kopf eingerieben, und zwar abends. Nach der dritten Anwendung traten Vergiftungserscheinungen ein: Benommenheit, bleigraue Verfärbung der Haut, Kopfschmerzen, kleiner Puls. Nach Sauerstoffinhalation und Kampferinjektionen erholte sich das Kind in wenigen Stunden. Der Atem des Kindes roch deutlich nach Nitrobenzol. Methämoglobin konnte im Blut nicht nachgewiesen werden; dagegen gab das Serum deutliche Gallenfarbstoffreaktion; einmal enthielt auch der Urin reichlich Urobilin und Urobilinogen. Die von dem Drogisten abgegebene Flüssigkeit bestand, wie die Untersuchung ergab, aus einer Mischung von Sabadillenessig und Nitrobenzol. Der Fall beweist wieder die hohe Giftigkeit des Nitrobenzols.

III. Bücherschau.

Prof. Dr. **Johannes Müller** (Preußische Landesturnanstalt in Spandau): **Die Leibesübungen, ihre Anatomie, Physiologie und Hygiene mit Anhang „Erste Hilfe bei Unfällen“,** 2. Auflage mit 205 Abbildungen im Text, 1920, Verlag B. G. Teubner in Leipzig. 342 + 30 Seiten. Preis geh. M. 10,—, geb. M. 12,—.

Ich kenne nicht viele Schriften, in denen die schwierige Aufgabe volkstümlich leichter Darstellung auf streng wissenschaftlicher Grundlage so glänzend gelöst worden ist, wie in dem vorliegenden Buche. Auf jeder Seite zeigt sich der

klare Blick des Verfassers für das Bildungsbedürfnis und -vermögen der breitesten Schichten unseres Volkes. Das Buch zeigt neben der peinlichen Sorgfalt des Verfassers ein gründliches Studium der Materie. Die Sprache wird von dem Verfasser meisterhaft beherrscht; anatomische Begriffe finden ihren Ausdruck in guten deutschen Namen, die zum Teil vom Verfasser selbst glücklich gewählt sind und die dafür Zeugnis ablegen, daß unsere Sprache Verdeutschungen gut vertragen kann.

Der Krieg, dieser harte Lehrmeister, hat die gesundheitliche Bedeutung der Leibesübungen in den Vordergrund der öffentlichen Interessen gerückt. Wir brauchen ein arbeitsfrohes, aber auch ein arbeitstüchtiges Volk. Was Mangel an Ernährung verdorben, was Nervenzerrüttung durch schwere seelische Qualen geschädigt, soll und kann eine gesunde Uebung des Körpers zum großen Teil wieder gutmachen. Daher wächst das Interesse an gesundheitfördernden Leibesübungen von Tag zu Tag. So ist es auch ganz natürlich, darum aber nicht minder erfreulich, daß der ersten Auflage des vorliegenden Buches, die kurz vor dem Weltenbrand erschienen war, zum Schlusse des Krieges eine zweite Auflage folgen mußte, die sich in ihrer Anlage von der trefflichen Erstauflage nur durch Vertiefung einzelner Kapitel auszeichnet und den Fortschritten auf diesen Gebieten Rechnung trägt. Daß diese Bearbeitung der Neuerscheinung durch den Frontdienst des Verfassung nicht Not litt, dafür sorgte die unermüdliche Schaffensfreude des nunmehr auch heimgegangenen Geheimrats Zuntz, der dem Verfasser Aenderungen und Ergänzungen ermöglichte und sich auch in dem vorliegenden Buch ein Denkmal seiner bis zum letzten Augenblick bewährten Schaffenskraft und Hilfsbereitschaft setzte.

Es ist dankbar anzuerkennen, daß Verfasser die einzelnen Kapitel nicht pedantisch nach medizinischen Begriffen abgrenzt, sondern den praktischen Bedürfnissen Rechnung trägt. Durch den Zusammenhang mit dem Leben wirkt das Buch in der Darstellung frisch und anregend. Neben der Anatomie, Physiologie und Hygiene der Leibesübungen zeigt Verfasser auch die Ursachen krankhafter Veränderungen sowie ihre Besserung durch Hygiene und Leibesübungen, soweit es die Interessen des Buches erfordern.

Der Anhang „Erste Hilfe“, der auch als Sonderheft erscheint, hat inzwischen drei Auflagen erlebt, ein Beweis dafür, wie wichtig die Kenntnis der ersten Hilfe bei Unglücksfällen bei der Ausübung von Leibesübungen ist. aber auch für die vorzügliche Darstellung der Materie durch den Verfasser.

Das Buch, das sehr gut ausgestattet und mit über 200 Abbildungen versehen ist, eignet sich zum Studium für alle, die Leibesübungen treiben, besonders für die Lehrer und Schüler auf dem Gebiete der Leibesübungen. Aber auch der Arzt wird in dem Buch viel Neues finden, zumal da der Gesichtspunkt der Leibesübungen manches Kapitel der Medizin beleuchten läßt, das sonst nicht Allgemeingut der Aerzte ist. Hirsch (Charlottenburg).

IV. Technische Fortschritte.

Ein neues Nährpräparat.

In letzter Zeit hatte ich wiederholt Gelegenheit, bei unterernährten Patienten und Rekonvaleszenten den neuerdings von der Firma Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh., herausgebrachten „Nährsaft“ mit bestem Erfolg anzuwenden. Bei dem Fehlen fast aller erprobten Nährpräparate besteht bei den Patienten ein wahrer Hunger nach „Stärkungsmitteln“.

Der Knoll'sche Nährsaft ist seiner Herstellung und Zusammensetzung nach eigentlich ein Blutpräparat, unterscheidet sich aber von den bisher üblichen Blutpräparaten wie etwa Haematogen vollständig in bezug auf Aussehen und Geschmack. Er hat einen angenehmen fleischextraktähnlichen Geschmack und kann daher zu Suppen, Tunken, Gemüsen usw. ähnlich wie dieses zugesetzt werden, was die Verabreichung sehr erleichtert. Infolgedessen ist auch bei längerem Gebrauch der bei den meisten Nährpräparaten auftretende Widerwille hierbei ausgeschlossen.

Der Nährsaft „Knoll“ enthält das im Blut vorhandene Haemoglobin bereits in der Form, wie es durch die Einwirkung der Magensäure allmählich umgewandelt wird, nämlich als Albumosen. Die Albumosen üben bekanntlich bei direkter Verabreichung nach den Pawlow'schen Versuchen eine energische stimulierende Wirkung auf die Sekretion der Verdauungssäfte aus und erhöhen dadurch, abgesehen von dem Nährwert, den sie selbst besitzen, auch die Ausnützung der übrigen gleichzeitig verabreichten Nahrungsmittel. Die übrigen spezifischen Stoffe des Blutes, wie Eisen, Phosphorsäure. Lecithin usw., dürften ebenfalls nicht ohne Bedeutung sein. Sanitätsrat Dr. Schubert (Berlin).

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. In der Nationalversammlung wurde am 23. April der Antrag der bürgerlichen Parteien beraten, die vom Ausschuß für Volkswirtschaft beschlossene Verordnung aufzuheben, durch welche in der Krankenversicherung die Höchstgrenze für den Grundlohn beseitigt und die Versicherungspflicht auf die Einkommen bis 20000 Mark ausgedehnt wurde. Im Gesetz über die vereinfachte Gesetzgebung war ausdrücklich vorgesehen, daß derartige zwischen Reichsrat und Ausschuß der Nationalversammlung vereinbarte Verordnungen durch die Vollversammlung der Nationalversammlung aufgehoben werden können. Der von dem Demokraten Bartschat begründete Antrag wurde gegen die Stimmen der beiden sozialdemokratischen Parteien angenommen. Daraufhin legte die Regierung am nächsten Tag dem Reichsrat eine neue Verordnung vor, worin die Einkommengrenze für die Versicherungspflicht wieder auf 12000 Mark und eine Begrenzung des Grundlohns auf 24—30 Mark festgesetzt wird. Der Reichsrat stimmte dieser Verordnung bei. Die Verordnung soll am 3. Mai in Kraft treten, die neue Festsetzung über den Grundlohn am 27. April d. J.

Inzwischen hat auch der Leipziger Verband gemeinsam mit dem Geschäftsausschuß des deutschen Aerztevereinsbundes beschlossen, mit den Krankenkassenverbänden über eine Neuregelung der kassenärztlichen Beziehungen auf Grund der veränderten gesetzlichen Bestimmungen in Verhandlungen einzutreten und die kassenärztlichen Organisationen und die Kassenärzte zu veranlassen, von den bisherigen Verträgen gemäß § 626 BGB. zurückzutreten. Unerläßliche Bedingung für die Neuregelung ist die grundsätzliche Zulassung jedes vertragsbereiten Arztes zur kassenärztlichen Tätigkeit sowie eine den Zeitverhältnissen und den gesteigerten Einnahmen der Krankenkassen entsprechende Bezahlung der Aerzte. Die Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden müssen bis zum 1. Juni d. J. beendigt sein. Ob die Krankenkassen den berechtigten Forderungen der Aerzteschaft Rechnung tragen werden, läßt sich vorläufig noch nicht beurteilen. Ganz ohne Kämpfe wird es jedenfalls nicht abgehen. So wird schon gemeldet, daß die Königsberger Kassenärzte, nachdem ihre Forderungen von allen Krankenkassen abgelehnt worden sind, die kassenärztliche Tätigkeit eingestellt haben und vom 26. April an jeden Kranken nur als Privatpatienten gegen sofortige Bezahlung behandeln. — In Berlin haben die Krankenkassen die Forderungen der Privatkliniken bewilligt. Sie zahlen als Verpflegungssatz für ihre Mitglieder täglich 14 Mark.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dr. med. et jur. F. Kirchberg wurde zum Lehrer der Massage und Heilgymnastik an der Universität Berlin ernannt. —

Wie seinerzeit mitgeteilt, hatte Prof. G. F. Nicolai, der von Angehörigen der Berliner Studentenschaft wegen seines Verhaltens während des Krieges an der Abhaltung seiner Vorlesungen verhindert worden war, die Entscheidung in dieser Angelegenheit dem Universitätssenat anheimgestellt, und diese fiel in dem Sinne aus, daß Nicolai die Würdigkeit zur Ausübung der Lehrtätigkeit abgesprochen wurde. Diese Entscheidung wurde von dem preußischen Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung mit der Begründung für unwirksam erklärt, daß der Senat unter Ueberschreitung seiner Zuständigkeit ein Urteil über das politische Verhalten Nicolai's gefällt und eine ihm nicht zustehende Disziplinarbefugnis über ein Mitglied des akademischen Lehrkörpers ausgeübt habe.

Der Senat der neuen Hochschule für Leibesübungen hat den Direktor der Berliner chirurgischen Universitätsklinik Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Bier zum Rektor gewählt. Dem Lehrkörper gehören u. a. die Dozenten Dubois-Reymond, Albu, Gocht und Dönitz an.

Jena. Dr. Georg Magnus, Privatdozent für Chirurgie, wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

Rostock. Der ordentliche Professor der pathologischen Anatomie Dr. Ernst Schwalbe starb als Opfer der politischen Unruhen im März d. J.; an der Spitze einer Studentenwehr wurde er erschossen, während er mit dem Führer einer bewaffneten Arbeitertruppe verhandelte.

Erlangen. Ende Februar starb hier der ordentliche Professor der topographischen Anatomie und Histologie Dr. F. Hermann infolge eines Herzschlages im Alter von 61 Jahren.

Freiburg. Dr. Olsen, Assistent am hygienischen Institut habilitierte sich für Hygiene und Bakteriologie.

Hamburg. Zum Präsidenten der neu errichteten Behörde für das Gesundheitswesen in Hamburg wurde der Verwaltungsphysikus Prof. Dr. Ludwig Ernst Pfeiffer ernannt.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Copenicker Straße 114.

89. Jahrgang **Berlin, 8. Mai 1920** **No. 19**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen.
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

89. Jahrgang **Berlin, 8. Mai 1920** **No. 19**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Operative und mechanische Nachbehandlung von Kriegsverletzungen.

Von
Dr. Max Böhm,
Fachärztlicher Leiter des orthopädischen Lazaretts „Schloß Charlottenburg".

Unter den Folgezuständen der Kriegs-Verletzungen überwiegen in beträchtlichem Maße die an den Extremitäten. Diese Tatsache ist dadurch bedingt, daß erstens an und für sich Verwundungen der Extremitäten im letzten Kriege die häufigsten waren und zweitens dadurch, daß die Verletzungen des Kopfes, Halses und des Rumpfes einschließlich der inneren Organe naturgemäß zu einem sehr hohen Prozentsatz tötlich verliefen, also heute nicht mehr in die Erscheinung treten.

Die heute noch dem Arzte zur Behandlung kommenden Kriegsbeschädigungen der Extremitäten kann man in vier Gruppen teilen:

I. Versteifungen und Kontrakturen,
II. Schlecht verheilte Frakturen, sowie Pseudarthrosen und Schlottergelenke,
III. Lähmungen,
IV. Amputationen.

I. Versteifungen und Kontrakturen.

Solange der Krieg noch milde Formen aufwies und die „glatten Durchschüsse" noch ein häufiges Vorkommnis waren, waren auch Versteifungen relativ gering. Als aber die schweren Artillerie-, Minen- usw. Verletzungen die Regel wurden, konnte man kaum noch damit rechnen, daß Verwundungen der Gliedmaßen ohne Störung der Funktion verheilten. Die ausgedehnten Zerreißungen der Weichteile, die Zertrümmerungen der Knochen und Gelenke einerseits, die unausbleiblichen Infektionen andererseits mußten selbst bei Ausheilungen im chirurgischen Sinne zu schweren Narbenbildungen, Schrumpfungen der Weichteile der Haut, Muskeln, Sehnen, Gelenkbänder- und Kapsel oder zu Beeinträchtigungen der Knochen- und Gelenk-Form führen. So entstanden Kontrakturen der Extremitäten und Versteifungen der Gelenke, die häufigste Form der Kriegsbeschädigungen, deren Behandlung noch viele Jahre lang unser ganzes ärztliches Können in Anspruch nehmen wird. Unblutige und blutige Methoden — einander sich ergänzend — stehen uns hier zur Verfügung.

Für leichtere Fälle von Versteifungen und Kontrakturen sind Mediko-Mechanik, manuelle Gymnastik, Massage und Heißluftbehandlung ein altbewährtes Mittel. Will man intensiver das Leiden bekämpfen, so empfiehlt sich die Anwendung von temporär (stundenweise) einwirkenden Redressions-Vorrichtungen. Für die vielen Hand- und Finger-Versteifungen benutzt man in einfacher Weise eine elastische (Gummi-) Binde oder einen mit Fäden an den Fingern armierten Handschuh oder einen ähnlichen kleinen Apparat, wie er im Krieg und vorher schon in der Unfallheilkunde vielfach benutzt und beschrieben worden ist. Für die größeren Gelenke hat im Kriege Schede-München tragbare (ablegbare) Redressions-Schienen von vorzüglicher Wirkung angegeben. Auch Schienenhülsen-Apparate mit Redressions-Vorrichtungen können hier Verwendung finden (Knieapparat mit Schlägerklinge u. dergl.)

Einen weiteren Schritt nach dieser Richtung bedeutet das Verfahren der Dauer-Kontentiv-Verbände (artikulierte Gips-Schienen-Verbände) mit Schrauben-Redressions-Vorrichtungen, das in unserem Lazarett zurzeit von Mollenhauer systematisch bearbeitet wird und gute Erfolge noch in solchen Fällen aufweist, die monatelanger Behandlung mit dynamischen (gymnastischen) und mechanischen (ablegbaren Schienen) Methoden getrotzt haben.

Es ist bekannt, daß vielfach der Versuch unternommen worden ist, die Wirkung der eben beschriebenen mechanischen Behandlungsvethoden zu unterstützen, ihnen gewissermaßen vorzuarbeiten, dadurch, daß man in die Gewebe narbenerweichende Flüssigkeiten eingespritzt hat, z. B. Thiosinamin, Fibrolysin (Mendel) oder Cholin-Chlorid (Joh. Fränkel). Ueber dauernde Erfolge dieser Injektionsbehandlung liegen noch nicht genügend einwandsfreie Berichte vor.

Der Uebergang von der unblutigen zur blutigen Behandlung der Kontrakturen und Versteifungen bildet das sogenannte „Brisement forcé": In Narkose wird das Gelenk gewaltsam durch Sprengung der Weichteil-Verkürzungen, -Narben und Verwachsungen beweglich gemacht und durch einen fixierenden Verband in guter Stellung festgehalten. Darüber muß man sich klar sein, daß die in Narkose gewaltsam gesprengten Verwachsungen in den meisten Fällen wieder vernarben, — trotz aller Nachbehandlung, so daß von einer Behebung der Steifheit keine Rede sein kann. Das brisement forcé bringt daher uns in der Regel nur den Erfolg, daß es ein in ungünstiger Stellung stehendes Gelenk in eine funktionell bessere Stellung bringt. Um die Wiedervereinigung zerrissener Adhäsionen zu verhindern und damit auch die Gelenkversteifung günstig zu beeinflussen, hat Lange empfohlen, das brisement forcé in Blutleere vorzunehmen, weil die Blutungen im Gelenkinnern es sind, die den besten Boden für die Neubildung der Adhäsionen abgeben.

Grundsätzlich ist es bei der Anwendung operativer Behandlungsmethoden von der größten Wichtigkeit, sich darüber klar zu sein, ob man nur ein in falscher

Stellung (Kontraktur) stehendes Gelenk in die funktionell beste Stellung bringen soll oder will, oder ob man eine Versteifung zu beseitigen hat, oder ob man beide Absichten gleichzeitig verfolgt.

Ein Kniegelenk kann z. B. eine „fixierte" Beugestellung (Kontraktur) von ca. 150° aufweisen, d. h. bei sonstiger freier Beweglichkeit nur eine dauernde Streckbehinderung von 30° darbieten. Es kann zweitens fibrös oder ossär ankylotisch sein, aber in bester Stellung, d. h. im Winkel von ca. 180°. Schließlich kann als Folge einer Kriegsbeschädigung das Knie in einer fehlerhaften (Beuge-, X- oder O-) Stellung stehen und gleichzeitig fibrös oder ankylotisch versteift sein.

Als Grundsatz muß gelten: Jede Kontraktur-Stellung ist ungünstig, muß und kann operativ beseitigt werden; die Versteifung kann nicht immer in einen besseren Zustand operativ überführt werden. Die Lage des Falles, der Beruf des Patienten und seine persönlichen Wünsche entscheiden.

Neben dem brisement forcé stehen uns mehrere operative Methoden zur Beseitigung von Kontrakturen zur Verfügung, in erster Linie Weichteilplastiken, insbesondere plastische Verlängerungen der Sehnen die überall am besten nicht subkutan, sondern offen unter Kontrolle des Auges vorgenommen werden. Für die periartikuläre „Kniesteife" oder Knie-Streck-Kontraktur, die häufig im Anschluß an Oberschenkelschußfrakturen auftritt, hat Payr ein besonderes operatives Verfahren ausgearbeitet, das auf einer sorgfältigen Analyse des Kniestreck-Apparates basiert.

Verhältnismäßig wenig kennt der Praktiker die Tatsache, daß paraartikulär ausgeführte Osteotomien zumeist in Verbindung mit Sehnenverlängerungen ein vorzügliches Mittel sind, um mit einem Schlage eine noch so hartnäckige Gelenk-Kontraktur zu beseitigen, daß sie also gegenüber langwierigen und unsicheren Redressions- und Apparatbehandlungen in geeigneten Fällen bei weitem den Vorzug verdienen. Insbesondere bei Hüft-, Knie- und Fußkontrakturen kann man durch die subtrochantere bzw. suprakondyläre bzw. supramalleoläre Osteotomie die schönsten Erfolge erzielen.

Liegt eine intraartikuläre feste fibröse oder knöcherne Ankylose vor, so kommt zur Beseitigung der Steifheit nur eine Behandlungsmethode in Frage, das ist die Gelenkplastik. Osteoplastisch wird das Gelenk reseziert und mit Interposition von Muskel-, Fett- oder Faszienlappen (Helfferich, Payr, Lexer u. a), oder ohne Interposition (Schmerz, Schepelmann, Bier u. a.) durch eine entsprechende Operationstechnik und Nachbehandlung ein bewegliches Gelenk angestrebt. Gelenksteifheiten nach Kriegsverletzungen, die selbst nach vielen Monaten noch latente Keime bergen, eignen sich sicherlich mehr für das lappenlose Verfahren. Zu einer blutigen Ellbogen-Mobilisation kann man heute jedem zuraten. Bezüglich der Gelenke der unteren Extremitäten, insbesondere beim Knie, hat der Rat des Arztes den Beruf des Patienten zu berücksichtigen. Wer ein standfestes Knie braucht (Schlosser, Dreher usw.), wird mit einem geraden, steifen Knie vielleicht besser daran sein, als mit einem beweglichen, aber lockeren Kniegelenk. Im übrigen ist zu hoffen, daß nach dem Vorgang von Schmerz, Schepelmann und Bier auch bezüglich der Gelenkplastik an der unteren Extremität durch eine verbesserte Technik die Dauererfolge sich mehren werden und daß man die Indikation für die Gelenkplastik wird weiterstecken können.

II. Schlecht verheilte Frakturen, Pseudarthrosen sowie Schlottergelenke.

Schußfrakturen sind komplizierte Frakturen. In diesem Kriege bedeutete ihre Behandlung für den Feldarzt eine besonders schwierige Aufgabe; denn nicht nur die Art der Fraktur war zumeist eine sehr schwere, durch Zersplitterung und Zertrümmerung der Knochen kompliziert, sondern es trat auch in der überwiegenden Zahl der Fälle noch eine Infektion hinzu. So ist es erklärlich, daß trotz einer in den Kriegslazaretten im allgemeinen gut ausgeübten Behandlungstechnik (Extensions-Verfahren u. dergl.) eine große Anzahl von Schußfrakturen mit beträchtlichen Verkürzungen oder Verbiegungen verheilt sind, die durch Dislokation der Fragmente bedingt sind oder daß überhaupt keine Verheilung der Fragmente, also eine Pseudarthrose eintrat.

Die Zahl der mit Verkürzung verheilten Oberschenkel-Schußfrakturen ist außerordentlich hoch. Wir bekämpfen das durch die einseitige Beinverkürzung entstandene Hinken durch Korkerhöhungen, die unauffällig am Schuh angebracht werden; für beträchtliche Verkürzungen (über 10 cm) ist eine Schienenverstärkung eventuell ein Schienenhülsenapparat mit Erhöhung erforderlich. Schepelmann hat in einem lehrreichen Aufsatz dargetan, welche Summen der Staat an Renten und Schuhwerk sparen würde, wenn die durch Kriegsverletzungen entstandenen Beinverkürzungen operativ ganz oder teilweise ausgeglichen werden würden. Schepelmann's und schon vorher Kirschner's Veröffentlichungen belehren uns, daß es durch Osteotomien besonderer Art und die Nagel-Extension gelingt, Beinverkürzungen, die durch Schußfrakturen verursacht sind, zu beseitigen oder erheblich zu bessern.

In der gleichen operativen Weise sind wir imstande, Deformitäten der Extremitäten zu korrigieren, die auf Schußfrakturen zurückzuführen sind. Dem Staate und insbesondere dem Kriegsbeschädigten selbst ist in solchen Fällen mit operativer Behandlung weit mehr gedient, als mit der Anwendung von Stützapparaten.

Ist nach Schußfraktur eine Pseudarthrose eingetreten, so liegt für den behandelnden Arzt eine ungleich schwierigere Aufgabe vor. In einzelnen Fällen wird man und muß man sich mit Stützapparaten begnügen, die nach Art der Hessing'schen Schienenhülsen-Apparate gebaut, den defekten Knochen schienen, ihn entlasten und vermöge ihrer künstlichen Gelenke den Gebrauch der Extremität verhältnismäßig wenig beschränken. Nur eine individuelle, sorgfältige Anpassung und Berücksichtigung der Indikationen verbürgt indessen einen Erfolg. Besonders schwierig sind derartige Apparate dann zu konstruieren, wenn die Pseudarthrose in der Nähe der Gelenke (Hüfte, Schulter) liegt.

Die Anbringung von Schienen usw. bei Pseudarthrosen ist nur ein Notbehelf; unser Bestreben muß sein, die Kontinuität der Knochen und ihre Stützfähigkeit wieder herzustellen. Hierzu gibt es mehrere Mittel. Wenig bekannt ist die „funktionelle" Behandlung der Pseudarthrosen. Diese besteht darin, daß man mittels Verbänden bzw. Apparaten die pseudarthrotische Extremität schient und nun im ausgiebigen Maße „funktionell" beanspruchen läßt. Wenn es sich um die untere Extremität handelt, so wird der Patient ermuntert, nach Kräften zu gehen und zu stehen; die obere Extremität wird trotz der Pseudarthrose eifrig gebraucht und systematisch bewegt, wozu die künstlichen Gelenke der Verbände bzw. Schienenapparate die Möglichkeit geben. Unter dem Reiz der Funktion, eventuell unter Zuhilfenahme anderer mechanischer Reizmittel (Massage, Tapotement usw.) gelingt es in vielen Fällen, selbst nach vielmonatlichem Bestand der Pseudarthrose diese zur Heilung zu bringen.

Den Uebergang zur blutigen Behandlung der Pseudarthrose bildet die Injektion verschiedener Mittel, wie Blut (Bier), Fibrin (Bergell), Periostemulsion usw., die alle den Zweck verfolgen, die Knochenneubildung anzureizen.

Versagen alle Behandlungsmethoden, so verbleibt die Knochenplastik: Aus der (gesunden) Tibia oder Fibula wird ein Span entnommen und zur Deckung, Ueberbrückung bzw. Fixierung der unverheilten Knochenfragmente verwandt. Welch gute Ergebnisse diese operative Bolzung liefert, ist aus den Arbeiten Lexer's, Bier's u. a bekannt, ebenso bekannt aber dürfte es sein, daß ein geringer Teil von Pseudarthrosen jeder Behandlungsmethode trotzt.

Aehnlich wie bei Pseudarthrosen liegen die Verhältnisse bei den Schlottergelenken, die als Folge von Schußverletzungen der knöchernen oder weichen Gelenkteile oder als Folge von anschließenden Operationen (Resektionen) oder nach Brüchen innerhalb oder in der Nachbarschaft der Gelenke aufgetreten sind. Zunächst ist daran zu erinnern, daß manche Schlottergelenke, insbesondere die der Schulter und des Ellbogens, wenn sie nicht sehr hochgradig und nicht durch Lähmungen kompliziert sind, einen Zustand darstellen, an den sich der Beschädigte gewöhnt und der die Funktion der betreffenden Extremität oft nicht erheblich beeinträchtigt. Diese Tatsache muß man im Auge behalten, bevor man an eine Behandlung mit Apparaten oder mit Operationen herherangeht. So nutzbringend ein Schienenhülsen-Apparat bei Schlottergelenken sein kann, insofern als er dem wackligen Gelenk Festigkeit verleiht und abnorme Bewegungen verhindert, so bedeutet er doch für den Träger eine Last, für die Muskeln eine Quelle der Atrophie und auch für das kranke Gelenk zumeist eine Einschränkung der Funktion. Daher ist nur dann ein Apparat zu verordnen, wenn der dem Patienten entstehende Nutzen die Unbequemlichkeiten überwiegt. Für die zahlreichen nach Oberschenkelschußbruch entstandenen Schlottergelenke des Knies — sobald sie höheren Grades sind — bedeutet der Schienenhülsenapparat zweifellos ein erfolgreiches Behandlungsmittel, desgleichen für das Ellbogengelenk. Für Hüft- und besonders Schultergelenk hingegen ist ein Apparat aus oben erwähnten Gründen sehr mit Vorsicht zu verordnen, um so mehr, da hier die Technik des Apparatebaus eine ganz besonders schwierige ist.

Wenn der Zustand des Gelenkes es erlaubt, d. h. wenn die Gefahr der Infektion nicht mehr besteht, soll man an Schlottergelenke operativ herangehen, d. h. durch Raffungen der Muskeln, Sehnen und Bänder, durch Verpflanzung von Faszienstreifen, eventuell auch durch Knochenbolzungen das Gelenk zu festigen suchen (Hohmann, König,

(Anschütz u. a.). Arthrodesen hingegen sind, wenn irgend angängig, zu vermeiden.

III. Lähmungen.

Eine seltene Folge von Kriegsverletzungen sind spastische Lähmungen, die anschließend an Schußwunden des Kopfes oder des Rückenmarks auftreten. Ihre Behandlung erfolgt nach allgemeinen „Friedens"-Prinzipien.

Rein mechanisch-unblutige Mittel, um die Spasmen zu bekämpfen, versagen fast immer. Man muß hier zu operativen Maßnahmen schreiten. Von diesen sind einige Methoden, die an dem Nerven selbst angreifen, wie die Alkoholinjektion in den Nerv nach Allison und die partielle (Querschnitts-) Resektion nach Stoffel und andere, die am spastischen Muskel ansetzen, so die plastische Sehnenverlängerung und die Sehnenverpflanzung. Nur zur Unterstützung der operativen Behandlung kommen Schienenapparate, evtl. mit Zugvorrichtungen, sowie orthopädisches Schuhwerk u. dergl. in Frage.

Gegenüber den „spastischen" sind „schlaffe" Lähmungen häufige Kriegsbeschädigungen, bedingt durch Schußverletzungen peripherer Nerven. Die Hoffnungen, die man in diesem Krieg an die Nervenchirurgie geknüpft hat, haben sich nur in bescheidenem Maße erfüllt. Wohl gelingt es im allgemeinen, einen in Narbenmassen eingebettete Nerv durch Neurolyse aus der schädigenden Umgebung herauszuarbeiten und dadurch mitunter den Patienten von quälenden Sensibilitätsstörungen zu befreien. Auch die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des Nerven gelingt meist in einem solchen Fall, und dadurch die Beseitigung des motorischen Ausfalls. Jedoch wenn Vernarbungen des Nerven selbst (Neurome) vorliegen, die eine Resektion des erkrankten Teils nötig machen, so ist die erforderliche Sekundärnaht seltener von Erfolg begleitet. Wenn gar größere Nervendefekte vorhanden sind, die Plastiken irgend welcher (organischer) Art oder Ueberbrückungen (Tubulisierungen u. dergl.) erfordern, so sind noch seltener Ergebnisse zu erzielen.

Dazu kommt noch, daß die einzelnen Nervenstämme verschieden auf die Operationen reagieren. Während der Radialis noch ganz günstige Verhältnisse aufweist, und Medianus und Ulnaris auch nicht ungünstig sich zu Operationen verhalten, sind die Operationsergebnisse an den Nerven der unteren Extremität ziemlich unerfreulich. Alles in allem findet man, selbst wenn man die Wartezeit von 2—3 Jahren nach voraufgegangener Nervenoperation verstreichen läßt, noch eine große Anzahl von ungeheilten Lähmungsfällen vor, die einer Weiterbehandlung bedürfen. Man kann dann zu einer operativen „Revision" der verletzten Nervenstelle schreiten und wenn man hoffnungserweckende anatomische Verhältnisse vorfindet, nochmals eine Plastik der Nerven vornehmen. Zumeist aber wird man hiervon Abstand nehmen und einen Weg beschreiten, nämlich den der Sehnenplastik. Diese, d. h. die Verpflanzung gesunder, entbehrlicher Muskeln auf gelähmte, gibt, zumal bei der häufigsten Kriegslähmung, nämlich der Radialis-Lähmung, in der von Perthes, Stoffel u. a. geübten Technik sehr erfreuliche Erfolge.

Kann dieser Heilplan (Nervenplastik — Revision — Sehnenplastik) aus irgendeinem Grunde nicht durchgeführt werden, so ist der Kriegsbeschädigte auf Schienen angewiesen, die ihm sein gelähmtes Glied in gute Stellung bringen. Nach Dutzenden zählen die während des Krieges angegebenen Modelle von Radialis-Schienen, für deren Verordnung der ausschlaggebende Gesichtspunkt der Beruf des Patienten ist. Erstaunlich aber ist die Zahl derer, die solche Schienen zwar erhalten haben, sie aber nicht tragen, sondern lieber ihrem Beruf ohne Behelf nachgehen.

Anders dagegen bei den Fuß- (Tibialis- oder Peroneus-) Lähmungen. Hier ist der Beschädigte auf orthopädische Schuhe, evtl. auf Schienenhülsen-Apparate mit Redressionsvorrichtungen angewiesen, während operative Maßnahmen hier funktionell nicht so günstig wirken.

Erwähnt seien hier noch die Hand- bzw. Fingerlähmungen, die im Anschluß an Verletzungen des Ulnaris und Medianus auftreten. Diese Kriegsbeschädigungen führen mitunter zur völligen Gebrauchsunfähigkeit der Hand, zumal da sie oft durch Versteifungen der Fingergelenke kompliziert sind. Jede Operation, die am Nerven ansetzt, kann nur dann Erfolg haben, wenn vorher durch die im 1. Kapitel erwähnten Methoden die Steifheiten beseitigt sind. Schienen usw. haben bei diesen Lähmungsformen im allgemeinen wenig Wert, und man tut am besten, wenn man den Rest von Bewegungsfähigkeit, der der Hand und den Fingern verblieben ist, nach Möglichkeit funktionell ausbildet.

IV. Amputationen.

Auf kein Gebiet der Medizin hat der Krieg so einschneidend und zugleich so befruchtend gewirkt, als auf den Zweig der Lehre von den Amputationen. Die Prothesenkunde ist eine völlig neue Wissenschaft geworden. Unsere Kenntnisse vom Kunstgliederbau waren bis zu Beginn des Krrieges recht mangelhaft, weil uns infolge der konservativen Richtung der modernen Chirurgie das Material zum Studium fehlte. Die Verhältnisse liegen jetzt, wo Zehntausende von Amputierten vorhanden sind, natürlich anders.

Zwei Dittel der Amputierten sind Beinamputierte. Die ungünstigen Kriegsverhältnisse, die Schwere der Verletzung, die Infektion usw. brachten es mit sich, daß der Kriegs-Stumpf vom Friedens-Stumpf sich wesentlich unterscheidet. Hier zumeist glatte Heilung mit guter Hautdeckung, oft mit Belastungsfähigkeit, dort meist Sekundärheilung mit zarter Narbenbildung, selten ohne Druckempfindlichkeit — das sind die charakteristischen Unterschiede.

Ein ganz beträchtlicher Teil der Kriegsstümpfe muß erst durch eine entsprechende Nachbehandlung „prothesenreif" gemacht werden. Einmal gilt es, eine Stumpf-Kontraktur zu beseitigen, wozu uns die im Kapitel I angeführten Mittel zur Verfügung stehen; hier muß nochmals der große Wert der paraartikulären Osteotomie (s. o.) betont werden. Ein andermal muß der Zustand der deckenden Weichteile gebessert werden. Eine zarte Narbenhaut als Stumpfdeckel bringt dem Amputierten mannigfache Schäden; sie ist leicht verletzlich, hält der Beanspruchung durch das Kunstglied nicht stand, platzt in der Kälte auf usw. Man hat deshalb versucht, auf plastischem Wege die ungesunde Haut durch gesunde zu ersetzen. Das bedeutet indessen auch keine ideale Lösung; denn der durch Plastik übertragene Lappen wird nicht genügend sensibilisiert und seine Vereinigungsstelle mit dem gesunden Gewebe ist gleichfalls dem „Aufplatzen" ausgesetzt. Man wird zweckmäßig nur dort zur Plastik schreiten, wo eine Reamputation nicht möglich ist, d. h. wo der Stumpf so kurz ist, daß man weitere Opfer an Knochen nicht bringen kann. Es gibt indessen eine wenig bekante Form der Reamputation, die sogenannte „verjüngende" Reamputation, die es ermöglicht, durch Wegnahme von Weichteilen und durch Zuspitzung der Knochen den „inneren" Stumpf konzentrisch so zu verschmälern, daß man auch ohne Kürzung des Knochens die Haut in ausreichendem Maße über den Knochenstumpf ziehen kann. Diese besondere Technik der Reamputation konkurriert erfolgreich bei kurzen Stümpfen mit der Lappenplastik. Bei langen Stümpfen ist nach unserer Erfahrung die Reamputation jeder Plastik vorzuziehen.

Andere Stumpfübel sind Fisteln, die meistens von Knochensequestern ausgehen und nach eingehender Röntgenuntersuchung einer operativen Behandlung bedürfen.

An der unteren Extremität ist ein chirurgisch gut vorbehandelter Stumpf, der eventuell belastet werden kann, ein Erfordernis, das eben so wichtig ist, wie die Auswahl und der Bau der Prothese. Es gilt als erster ärztlicher Grundsatz, daß jedes Kunstglied individuell mit Rücksicht auf Person und Beruf und auf die besonderen Stumpfverhältnisse des Amputierten angefertigt wird. Im Rahmen dieser Erfordernisse haben sich besondere Typen von Kunstbeinen herausgebildet.

Für Amputationen der Zehen und des Mittelfußes (Lisvon Plattfuß-Stiefeln gebaut und zum Ersatz des amputierten franc, Chopart) reichen zumeist orthopädische Schuhe aus, deren Sohle durch Stahleinlage verstärkt, die nach Art Fußteiles Korkstücke tragen. Der Pyrogoff'sche Amputationsstumpf ist infolge der Calcaneus-Unterlage vorzüglich belastungsfähig, doch bereitet häufig, namentlich bei sehr langen Stümpfen, der Anbringung des künstlichen Fußgelenks Schwierigkeiten; desgleichen ist es technisch schwer, für diese Amputationsform eine kosmetisch einwandsfreie Prothese zu bauen.

Während ein mittellanger Unterschenkelstumpf für die Anbringung des Kunstbeins die besten Verhältnisse bietet, ist der kurze Unterschenkelstumpf wieder recht schwer mit einer passenden Prothese zu versorgen. Hier gibt es besondere Konstruktionen, z. B. ein Kunstbein mit beweglichem Stumpftrichter oder mit einem Trichter, der den Stumpf in halber Beugestellung aufnimmt (Gocht) u. a. Ein am Unterschenkel Amputierter ist, bei gutem Stumpf mit einem guten beeinträchtigt. Er ist vielleicht in der Ausdauer beim Gegen Kunstbein ausgestattet, in seiner Leistungsfähigkeit wenig und Stehen beschränkt, doch kann er gut Treppensteigen, Klettern usw., so daß er kaum seiner Amputation wegen seinen Beruf zu wechseln braucht. — Anders liegen die Verhältnisse, wenn auch das Kniegelenk fehlt; dann ist in der Tat der Verlust ein ganz beseutender. Das Kunstbein muß dann ein künstliches Kniegelenk tragen, das der Patient nicht willkürlich bewegen kann, und stellt somit beim Gehen auf schlüpfrigem Boden, in Regen und Schnee, bei unebenem, sandigen Boden usw. ein schweres Hemmnis dar. Deshalb ist es zu begrüßen, daß in jüngster Zeit nach dem Vorgang Amerikas („Fitwell"-Bein) auch bei uns Kunstbeine gebaut werden, die durch Schulterzüge eine willkürliche Beherrschung des künstlichen Kniegelenks und Unterschenkels ermöglichen (Daehne-Haschke). Die Sicherheit beim Gehen,

der Schutz gegen ein Hinstürzen nimmt beim Gebrauch derartiger Oberschenkel-Kunstbeine beträchtlich zu.

Je kürzer der Oberschenkelstumpf, desto schlimmer ist der Kriegsbeschädigte daran. Für einen kurzen Oberschenkelstumpf oder gar für einen in der Hüfte Exartikulierten ein leistungsfähiges Kunstbein — daß in solchem Fall auch am Becken angreifen muß — zu bauen ist eine technische Schwierigkeit, der sich der Arzt und Bandagist mit großer Liebe und Sachkenntnis hingeben muß, um sie zu überwinden.

Statt mit komplizierten Kunstbeinen ist manchem Amputierten, namentlich dem Landwirt und auch Handwerkern und Arbeitern, die viel stehen müssen, mit dem alten Stelzbein als Arbeitsbein besser gedient. Interessant ist, daß z. B. in Ostpreußen viele der 1870 amputierten Landwirte vom Kunstbein abgekommen sind und bei der Arbeit ein Stelzbein tragen.

Gegenüber dem Beinersatz ist der technische Ersatz eines verlorenen Armes entsprechend der wesentlich komplizierteren Bauart und der bedeutend vielseitigeren Funktion der oberen Extremität erheblich schwieriger. Einen Armersatz zu konstruieren, der auch annähernd ähnliches leistet, wie ein normaler Arm, dürfte wohl nie gelingen. Das wird einem klar, wenn man berücksichtigt, daß die gesunde Hand das, was sie leistet, vielleicht zu 50% auf Grund des Gefühls vollbringt, das technisch nicht ersetzt werden kann. Ein Kunstarm muß sich stets damit begnügen, die eine oder die andere von den vielen Funktionen dem Amputierten zu ersetzen, die der gesunden Hand innewohnt. Dementsprechend gibt es zahlreiche Typen von Arm-Prothesen. So gibt es „Schönheitsarme", die weiter keinen Zweck erfüllen, als den, in kosmetischer Weise den Defekt auszugleichen und zu verdecken. An Versuchen, derartige „menschlich" aussehende Armprothesen willkürlich beweglich zu machen, hat es in der Vergangenheit nie gefehlt, Versuche — die im Weltkrieg mit großem Eifer wieder aufgenommen worden sind. Die Aufgabe ist eine doppelte: erstens müssen Kraftquellen gefunden werden, die zum Betrieb der Prothese geeignet sind, zweitens muß die Prothese selbst technisch so durchkonstruiert werden, daß sie unter Benutzung der Kraftquellen möglichst viel leistet. Besonders wichtig war die Konstruktion einer Kunsthand von denen wir zurzeit mehrfach gute Typen haben (Rohrmann, Fischer, Lange, Carnes u. a. m.). Die eine leistet mehr im Greifen („Greifhand") und eignet sich besser für Unterarmamputierte, die andere mehr im Halten („Haltehand") und paßt besser für Oberarmamputierte. An Kraftquellen stehen uns — abgesehen von fruchtlosen Versuchen, elektrische, magnetische und ähnliche Quellen einzuführen — zwei Arten zur Verfügung: solche, die ohne weiteres („unblutig") verwendbar sind, und solche, die erst operativ geschaffen werden müssen. Zu ersteren gehört das überaus bewegliche und kräftige Schulterblatt, das zuerst von Petersen ausgenutzt, nachher ausgiebig von Carnes angewandt wurde. Ferner ist vielfach der Stumpf selbst als Kraftquelle herangezogen worden, indem er durch Eigenstoß (Blumenthal) oder durch kurze Eigenbewegung die Prothese in Bewegung setzt (Jacks, Lange). Auch die Drehbewegung des Stumpfes ist namentlich beim Unterarm (Dreh-Prothese) als Kraftquelle benutzt worden. Nach Vanghetti's Vorgang hat Sauerbruch es unternommen, die Muskeln des Stumpfes zur Prothesenbewegung heranzuziehen, indem er sie kanalisierte, in den Kanal einen Stift einführte und diesen mit der Kunsthand verband. Neuerdings ist auch der Versuch gemacht worden, in einzelnen Fällen die Stumpfmuskeln unblutig an die bewegliche Kunsthand anzuschließen (Böhm). Alles in allem darf man sich darüber nicht täuschen, daß der willkürlich bewegte Kunstarm, in welcher Form er auch auftritt, (Carnes, Sauerbruch, Lange u. a. m.), zwar dem Amputierten vom ästhetischen Standpunkt sehr willkommen ist und auch bei manchen Verrichtungen des täglichen Lebens als ein Helfer auftritt, daß er aber wenig oder gar nichts leistet hinsichtlich seiner Fähigkeit, Armamputierte, die aus Landwirtschaft, Handwerk und Industrie stammen, zur produktiven Arbeit zurückzuführen. Hier bleibt der alte deutsche Arbeitsarm, wie er besonders von Höftman schon lange vor dem Krieg ausgearbeitet und immer wieder empfohlen worden ist, unübertroffen. Der Arbeitsarm ist dadurch gekennzeichnet, daß er solide konstruiert, (System Rota, Tannenberg, Brandenburg, Siemens usw.), nur insofern willkürlich beweglich ist, als der Stumpf ihn dirigiert, während eine Kunsthand, die zufassen und loslassen kann, nicht vorhanden ist. Statt ihrer besitzt der Arbeitsarm auswechselbare Ansatzstücke, die nicht nur für jeden Beruf, sondern sogar für einzelne Hantierungen im Beruf durchgearbeitet sind. So gibt es einen Universalansatz für Landwirte (Keller), eine Malerhand, Ansätze für Tischler, Weber, Buchbinder usw. usw. Es ist das Verdienst der Prüfstelle für Ersatzglieder in Charlottenburg, die Armprothesen, nach Berufen gesondert, wissenschaftlich durchgearbeitet zu haben, eine Arbeit, die noch nicht abgeschlossen ist. Was leisten die Arbeitsarme? Sie sind nicht imstande, z. B. einem armamputierten Tischlergesellen zur alten Leistungsfähigkeit zu bringen; denn wenn dieser auch mit Hilfe des Arbeitsarmes alle Einzelverrichtungen seines Berufes ausführen könnte, so bringt doch allein der Zeitaufwand, der zum Auswechseln der Ansatzstücke erforderlich ist, eine Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit mit sich; der wirtschaftliche Effekt seiner Arbeit ist herabgemindert. So entschließen sich sehr wenige Amputierte aus Handwerk, Industrie und Landwirtschaft zum alten Beruf uzrückzukehren — soweit es sich um Gehilfen, Angestellte, Knechte, Arbeiter usw. handelt. Denn sie fühlen, daß sie der Konkurrenz mit dem gesunden Arbeiter im alten Beruf nicht Stand halten. Anders der selbständige Landwirt, der Handwerksmeister usw.; er fühlt, daß er mit Hilfe des Arbeitsarmes im Kreise seiner Gehilfen und Angestellten noch sehr wesentlich mitarbeiten kann und immer noch eine ganz andere Existenz hat, als wenn er einen neuen unproduktiven Beruf ergreift. Man sieht, wie hier der Arzt des Kriegsbeschädigten nicht nur seine rein ärztlichen Kenntisse verwerten kann, sondern wie er doppelt helfen kann, wenn er gleichzeitig sozialer Fürsorger wird, oder, soweit seine eigenen Kenntnisse hier versagen, mit berufenen Vertreter der sozialen Fürsorge gemeinsam seine Tätigkeit ausübt.

Noch schwieriger liegen die Verhälgtnisse beim Doppelt-Arm-Amputierten. Von irgend einer beruflichen Tätigkeit, die Handfertigkeit verlangt, kann natürlich gar keine Rede sein. Man muß sich begnügen, wenn man einen Doppelt-Armamputierten soweit bringt, daß er sich im täglichen Leben allein vorwärts hilft, daß er sich selbständig waschen, ankleiden, seine Notdurft verrichten, essen und trinken, schreiben, lesen usw. kann. Hier ist es von größter Wichtigkeit, in eigener Lazarettschule dem Kriegsbeschädigten zu zeigen, wie er diese Verrichtungen bewältigt, sei es mit Prothesen, sei es ohne Prothesen mit Hilfe der dem menschlichen Organismus anhaftenden Anpassungsfähigkeit.

II. Referate.

Dr. **Oswald Meyer** (Kinderarzt in Berlin-Schöneberg): **Zur Behandlung infektiöser Krankheiten der Luftwege.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 50.)

Bei der Behandlung des Keuchhustens hat M. seit Jahren die Pinselung des Nasenrachenraums mit einer Kombination von Jod-Jodkalilösung mit Acid. carbol. und Glyzerin mit guetm Erfolg verwendet. Dieselbe Behandlung empfiehlt er bei entzündlichen Vorgängen im Nasenrachenraum, endlich bei allen akuten Infektionen, die in den oberen Luftwegen beginnen („Erkältungskrankheiten"), die so häufig epidemischen Charakter gewinnen. Möglicherweise hat diese Pinselung bei diesen „grippalen Infektionen" auch prophylaktischen Wert. Die von Verf. verwendete Lösung hat die Zusammensetzung:

Jodi puri	0,5
Acid. carbolic.	0,5
Kal. jodat.	1,5
Glyzerin	15
Aq. destill. ad	100.

Professor **Franz Hamburger** (Graz): **Jahreszeitliche Schwankungen der Tuberkulinempfindlichkeit.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 14.)

Verfasser hat die interessante Tatsache festgestellt, daß die Tuberkulinempfindlichkeit im Frühjahr wesentlich höher ist als im Herbst. Demgegenüber steht die Tatsache, daß die tuberkulösen Erkrankungen im Frühjahr an Häufigkeit zunehmen und im Herbst wieder abnehmen. Scheinbar liegt darin ein Widerspruch, da ja die Tuberkulinempfindlichkeit der Ausdruck gesteigerter Kampffähigkeit gegen den Tuberkelbazillus sei. Damit ist aber noch nicht gesagt, daß die Abwehrfähigkeit energischer und wirkungsvoller ist, je stärker und heftiger die Reaktion auftritt. Hh.

Dr. **S. Koslowsky** (Berlin-Lichtenberg): **Butolan, ein neues Mittel gegen Oxyuriasis.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 14/15.)

Verfasser empfiehlt neben großen Mastdarmspülungen durch Einläufe das von Bayer hergestellte Butolan auf Grund eigener Erfahrungen angelegentlichst. Es ist ein in Wasser unlösliches Pulver und so gut wie geschmackfrei, ein Vorzug gegenüber anderen Präparaten gegen dieses lästige Uebel, das in letzter Zeit in gesteigertem Maße ärztliche Hilfe erfordert. Verfasser gibt es dreimal täglich zu 0,5 g (bei Kindern von 4—12 Jahren die Hälfte) acht Tage lang und läßt an den ersten beiden Tagen ein kleines Klysma geben und die Analgegend reinigen, wobei Tag und Nacht geschlossene Unterkleidung getragen werden muß. Am 9. Tag beschließt er die Kur mit einer kleinen Dosis Rizinusöl. Hh.

Dr. **Axmann** (Erfurt): **Zur Therapie des Lupus erythematosus.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 51.)

Verfasser erzielte in 12 Fällen von Lupus erythematosus gute Erfolge mit einer kombinierten Methode, welche von Bessunger zur Lupusbehandlung empfohlen worden war. Die erkrankten Teile werden mit Jodolytester-Azeton-Lanepsöl (20 proz.) täglich eingerieben, dann werden einige Röntgenbestrahlungen gegeben, darnach zur oberflächlichen Abschälung wiederholte Uviolbehandlung stärkster Reaktion. Die Erfolge sind besonders beim Lupus erythematosus des Gesichts gut.

Dr. **F. Arnheim** (Berlin): **Calcimint, ein neues Calciumpräparat.** (Klin.-therapeutische Wochenschrift 1920, Nr. 3/4.)

Die Kalksalze haben, wie die neueren Forschungen gezeigt haben, eine große Bedeutung für den Organismus. Nicht nur für die menschliche Ernährung, sondern auch in der Therapie spielen sie neuerdings eine große Rolle. Da die gebräuchlichen Kalksalze bitter schmecken, was ihre Einnahme erschwert entspricht es einem Bedürfnis, Kalkpräparate herzustellen, welche von diesem Uebelstand frei sind. Diese Forderung erfüllt das neue Calciumpräparat Calcimint, welches in Form von Tabletten zu 0,75 g von der Münchener Pharmazeutischen Fabrik hergestellt wird. Verfasser hat Calcimint in einer Reihe von Fällen zur Anwendung gebracht und hat u. a. bei Menstruationsstörungen (Menorrhagien), Bronchialasthma bei Lungenemphysem, Myodegeneratio cordis, Arteriosklerose gute symptomatische Erfolge erzielt. Er läßt täglich 3- bis 4 mal 2 Tabletten nehmen.

Prof. Dr. **Carl von Noorden** (Frankfurt a. M.): **Ueber Diäthylbarbitursäurekompositionen.** (Therapeutische Monatshefte, November 1919.)

Verfasser hat 1911 eine Arzneikombination, bestehend aus 0,3 Veronal, 0,25 Phenacetin, 0,025 Codeïn phosphoric. angegeben, welche etwa die gleiche schlafmachende Wirkung ausübt, wie 0,6 Veronal allein. Diese Kombination, welche in Tabletten zuerst unter dem Namen Veronazetin, später als „Somnazetin" in den Handel gebracht wurde, hat sich als Schlafmittel, sowie als Sedativum bei nervösen Erregungszuständen, ferner auch als wirksames Vorbeugungsmittel gegen die Seekrankheit bewährt. Als Schlafdosis reichen für gewöhnlich 2 Tabletten, die zusammen 0,3 g Natr. diaethylbarbituric. enthalten, vollständig aus. Neuerdings wurde nun auf Verfassers Veranlassung eine wasserlösliche Mischung von Natr. diaethylbarbituric. und Pyrazolon. phenyldimethylic. mit einem geringen Codeïnzusatz hergestellt, in sterilen gebrauchsfähigen Ampullen, 2 ccm der Lösung enthalten 0,4 g Natrium diaethylbarbituric. Diese Lösung ist für subkutane und intramuskuläre, sowie auch für rektale Anwendung bestimmt. Sie hat sich bei der bisherigen Prüfung als durchaus brauchbar und frei von üblen Nachwirkungen erwiesen und hat die Bezeichnung Somnazetinum solubile erhalten.

Privatdozent Dr. **G. Joachimoglu** (Berlin): **Morphinvergiftung und Scheintod.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 51.)

Aus Anlaß des kürzlich von Rautenberg mitgeteilten Falles weist J. darauf hin, daß das Fehlen der Atmung, der Herztätigkeit und der Reflexe bei einer akuten Morphinvergiftung (ebenso bei Vergiftungen durch die Narkotica der Fettreihe) keineswegs den Tod bedeutet. Es gelingt in solchen Fällen durch Anregung des Atemzentrums mit Hautreizen und Atropin in großen Dosen einen günstigen Verlauf der Vergiftung herbeizuführen. Der Arzt ist in solchen Fällen verpflichtet, die therrapeutischen Maßnahmen lange fortzusetzen und erst, wenn diese erfolglos bleiben, den Eintritt des Todes anzunehmen.

Dr. **M. Böhm** (Berlin): **Die mechanische Behandlung der habituellen Schulterverrenkung.** (Berliner klin. Wochenschrift 1920, Nr. 15.)

Die bisherigen Apparate zur Behandlung der habituellen Schulterverrenkung stellen zwar das Schultergelenk ruhig und verhindern mit Sicherheit das Austreten des Oberarmkopfes; aber sie verhindern die Beweglichkeit des Schultergelenks. An Versuchen, einen Apparat zu konstruieren, der die Verrenkungen verhindert, dabei aber die Gebrauchsfähigkeit des Armes möglichst wenig beeinträchtigt, hat es schon seit langer Zeit nicht gefehlt. Nach einem historischen Ueberblick zeigt Verfasser, daß ein künstliches Schultergelenk nur dann allen Anforderungen entspricht, wenn der Arm sich im Schultergelenk um drei Achsen dreht, und zwar um die Abduktionsachse (Seitwärtsheben), um die Pendelachse (Vorwärts- und Rückwärtsheben) und um die Vertikal- oder Rotationsachse (Einwärts- und Auswärtsdrehen), wobei allerdings die letzte Achse vernachlässigt werden darf. Verfasser stellte einen Herrn vor, der am 4. Mobilmachungstage eine Schulterverrenkung erlitt und nach Vornahme einer Einrenkung mit einem Verbande ins Feld zog, wo er wiederholte Verrenkungen erfuhr. Nunmehr trägt dieser Herr 6 Wochen lang ein nach den angegebenen Grundsätzen konstruiertes künstliches Schultergelenk, hat keine Verrenkungen mehr erlitten, geht seinem Beruf nach und äußert sich recht zufrieden über das Gefühl der Sicherheit, das er dieser Vorrichtung zu verdanken hat. Hh.

Oberstabsarzt Dr. **Otto Fried** (Bamberg): **Zwei Anmerkungen zur Behandlung von Hautflechten.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 49.)

Bei Pityriasis rosea fand Verfasser in einigen Fällen 1 proz. Sublimatspiritus (mehrmaliges Abreiben der befallenen Stellen) als ein sicher wirksames Mittel, welches er an sich selbst zuerst Gelegenheit hatte, zu erproben. Bei der Bartflechte (Trichophytie, Herpes tonsurans) versagt der Sublimatspiritus. Dagegen erzielte Verfasser hier in einer größeren Anzahl von Fällen Heilung nur durch örtliche Anwendung von grauer Salbe. Es genügt Kurzschneiden der Haare, Rasieren ist unnötig. Alle von der Syphilisbehandlung her bekannte Vorsichtsmaßregeln sind zu beachten.

Sanitätsrat Dr. **E. Clasen** (Itzehoe): **Die Behandlung des Ulcus cruris als Nebenbeschäftigung für Aerzte, besonders Kriegsbeschädigte.** (Therapie d. Gegenwart 1920, April.)

Verfasser weist auf den Wert der spezialärztlichen Behandlung des Ulcus cruris hin, die bisher so gut wie vollständig brachliegt und von ihm seit drei Jahrzehnten mit großem Erfolg betrieben wird. Er empfiehlt den Kollegen nachdrücklich, dieses Gebiet als Spezialfach zu pflegen. Bei den „gesunden" Leuten aus dem arbeitenden und gewerbetreibenden Stande kommt das Leiden außerordentlich häufig vor, aber dem Arzt wird es im Vergleich zu seiner Verbreitung verhältnismäßig selten zur Behandlung zugeführt. Auffallend ist beim Ulcus cruris, daß die kleinen Geschwüre schmerzhaft sind, weniger dagegen die großen Geschwüre. Die Träger der Ulcera cruris werden durch das Leiden schwer belästigt und in der Arbeitsfähigkeit für Jahre und Jahrzehnte beeinträchtigt. Die Behandlung soll nicht, wie allgemein üblich ist, in Umschlägen mit essigsaurer Tonerde bestehen, sondern durch Zinkleimverbände, wie sie Unna schon vor 30 Jahren angegeben hat. Die Technik ist leicht zu erlernen und besteht in dem Anlegen einer Rollbinde um den vorher bestrichenen Fuß und Unterschenkel mit einem gewissen Zug an der Binde während des Anlegens derselben. Das Ulcus cruris ist kein örtliches Leiden, sondern die Folge von Zirkulationsstörungen. Deshalb muß die Behandlung auch hier einsetzen. Sie werden jedoch nur dann behoben, wenn der Zinkleimverband den ganzen Fuß und Unterschenkel umfaßt und nicht etwa nur einen Teil, wo er dann eher als Zirkulationshindernis wirkt. Hh.

Professor Dr. **F. Sauerbruch** (München) und Dr. **Stadler** (München): **Die praktischen Erfolge der willkürlich bewegbaren künstlichen Hand.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 15.)

Verfasser berichten über ihre reichen Erfahrungen, die sie in der Chirurgischen Klinik in München und den Amputiertenlazaretten zu Singen und München mit den willkürlich bewegbaren Ersatzgliedern gemacht haben, deren Verwendung bei Kriegs- und Friedensinvaliden in erheblichem Maße zugenommen hat. Trotz mehrfacher Widerstände hat das Sauerbruch'sche Verfahren doch allgemeine Anerkennung gefunden. Insbesondere entschließen sich doch sehr viel Amputierte nach dem Tragen unzweckmäßiger Prothesen zur Operation nach Sauerbruch, die durch das Verfahren von Anschütz einen wesentlichen Fortschritt erfahren hat. Die ungünstigen Erfahrungen, über welche berichtet wird, führen die Verfasser auf fehlerhafte Operationen, ungenügende Vor- und Nachbehandlung sowie mangelhafte Ausführung der Prothese hin. Das alles muß natürlich vermieden werden. Hervorgehoben wird das segensreiche Wirken der gemeinnützigen Gesellschaft „Dersa", die den Mißstand vermeiden will, daß die Kriegsbeschädigten monate- und jahrlang auf ihre Prothesen warten müssen. Nach den Angaben der Verfasser ist die willkürlich bewegbare, künstliche Hand über das Versuchsstadium hinaus, und entschließt sich jeder Amputierte zur Operation, wenn er die Vorzüge des Sauerbruch'schen Verfahrens kennen gelernt hat. Hh.

Die Behandlung der Verwundeten im mediko-mechanischen Institut zu Dresden während des Krieges. (Korr.-Blatt d. sächs. ärztl. Kreis- u. Bezirksvereine 1920, Nr. 2.)

In dem von San.-Rat Dr. Linow geleiteten Dresdner mediko-mechanischen Zander-Institut kamen vom 1. 10. 14

bis 30. 9. 19 im ganzen 1690 Verwundete an 82 897 Behandlungstagen zur Behandlung, die in Massage sowie manueller und maschineller Heilgymnastik bestand, letztere nach Zander. Die Zahl der Behandelten nahm von Jahr zu Jahr ständig ab und fiel von 103,6 täglich Behandelten im ersten Jahre auf 57,1 im zweiten Jahre, 56,6 im dritten Jahre, 31,2 im vierten Jahre und 22,5 im fünften Jahre. Auf den einzelnen Verwundeten fielen durchschnittlich 49 Behandlungstage. Die Erfolge lassen sich am besten dahin zusammenfassen, daß in den meisten Fällen eine wesentliche Besserung erzielt wurde.

Die kombinierte Behandlung mit Massage sowie manueller und maschineller Heilgymnastik hat sich sowohl in der Zivil-Unfallpraxis wie auch bei den Kriegsverletzten am besten bewährt und hat ihre besonderen Vorzüge gegenüber der rein manuellen, der sog. älteren schwedischen Methode. Es ist erfreulich, daß Linow über seine fünfjährigen Erfahrungen in der mediko-mechanischen Nachbehandlung von Kriegsverletzten berichtet da sich aus ihnen wertvolle Lehren ziehen lassen. Hirsch.

Generaloberarzt Prof. Dr. **Salzwedel** (Berlin): **Die Einreihung der Krankenpflege in den ärztlichen Studienplan.** (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung 1920, Nr. 7.)

Im Gegensatz zu Hellpach und Fischer, welche eine Ausbildung der Aerzte in der Krankenpflege im vorklinischen Teil des Studiums vorschlagen, empfiehlt Salzwedel, der die Ausbildung des Mediziners in der Krankenpflege schon seit vielen Jahren fördert, daß der Mediziner sich erst dann mit Krankenpflege befassen soll, wenn er schon einen Einblick in die Therapie gewonnen hat. Am zweckmäßigsten erscheint ihm ein Kolleg von 2—3 Stunden mit praktischen Uebungen im 8. Semester sowie daran anschließend eine praktische Tätigkeit als Krankenpfleger auf Schwerkrankenstationen größerer Krankenhäuser in den nachfolgenden Sommerferien. Der Unterricht in der Krankenpflege des Mediziners soll sich von dem des Krankenpflegepersonals unterscheiden und die therapeutische Seite stark berücksichtigen. Wertvoll ist der Hinweis des erfahrenen Verfassers darauf, daß der Studierende der Medizin bei dieser Gelegenheit den Nachtdienst auf den Krankensälen kennen lernen soll, wozu er sonst wenig Gelegenheit hat. Hh.

III. Bücherschau.

Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. Von Dr. med. **J. Sobotta,** o. ö. Professor der Anatomie zu Bonn. I. Abteilung: Knochen, Bänder, Gelenke, Regionen und Muskeln des menschlichen Körpers. Dritte Auflage, geb. M. 30,—. II. Abteilung. Die Eingeweide des Menschen einschließlich des Herzens. Dritte Auflage, geb. M. 40,—. J. F. Lehmann's Verlag, München, 1919 u. 1920.

Der zu der Lehmann'schen Sammlung medizinischer Atlanten in Quartformat gehörende Sobotta'sche Atlas der deskriptiven Anatomie liegt nun teilweise in dritter Auflage vor. Erschienen sind bis jetzt die beiden ersten Abteilungen. Die neue Auflage zeigt hinsichtlich der figürlichen Darstellung keine nennenswerten Aenderungen, die Verbesserungen beziehen sich nur auf den begleitenden Text. Das schöne Werk ist zu bekannt, als daß es weiterer Lobeserhebungen bedürfte. Für die Reichhaltigkeit des Inhalts spricht schon die Zahl der Abbildungen: die erste Abteilung enthält 166 farbige und 143 schwarze Abbildungen auf Tafeln sowie 29 zum Teil farbige Bilder im Text, die zweite Abteilung bringt auf Tafeln 99 farbige und 93 schwarze Abbildungen, außerdem 36 zum Teil farbige Figuren im Text. Die Ausführung der Abbildungen ist tadellos auch das Papier genügt allen billigen Anforderungen, die man bei den bekannten heutigen wirtschaftlichen Schwierigkeiten stellen kann. An die Stelle des früheren Leinwandeinbandes ist ein haltbarer Pappeinband getreten. Der Preis ist angesichts der täglich wachsenden Kosten für Papier und Druck mäßig zu nennen. So wird der Atlas auch in seiner neuen Auflage seinen alten Platz behaupten. R. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Vom Reichsrat wurde die Krankenkassenverordnung nach den Beschlüssen des Volkswirtschaftsausschusses der Nationalversammlung, d. h. mit Festsetzung von 15 000 Mk. als oberste Grenze der Versicherungspflicht angenommen. Inzwischen wurde die Verordnung vom Plenum der Nationalversammlung an den Ausschuß zur Nachprüfung zurückverwiesen. Somit ist die obere Grenze der Versicherungspflicht vorläufig noch nicht endgültig festgelegt.

Aus Anlaß eines besonderen Falles hat das Reichsgericht in Uebereinstimmung mit dem Landgericht III zu Berlin und dem Kammergericht entschieden, daß der Arzt nicht schadenersatzpflichtig ist, wenn aus seinem Wartezimmer oder Vorraum einem Patienten ein Ueberrock gestohlen wird. Es handelte sich in dem betreffenden Fall um einen wertvollen Pelz.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Geh. Sanitätsrat Dr. E. Patschkowski wurde von der Hufelandischen Gesellschaft, deren Schriftführer er über 31 Jahre war, bei Gelegenheit der aus Gesundheitsrücksichten erfolgten Niederlegung dieses Amtes zum Ehrenmitglied ernannt.

Breslau. Die außerordentlichen Professoren Dr. Hinsberg, Direktor der Universitätsklinik für Ohren- und Halskrankheiten, und Dr. Stolte, Direktor der Universitätskinderklinik, wurden zu ordentlichen Professoren ernannt.

Greifswald. Der a. o. Professor Dr. phil. et med. dent. h. c. Paul Adloff hat einen Ruf als Direktor des neu zu errichtenden zahnärztlichen Instituts an der Universität Königsberg erhalten und angenommen.

Kiel. Privatdozent Prof. Schlecht wurde zum dirigierenden Arzt der inneren Abteilung des Vincenz-Krankenhauses in Duisburg ernannt.

Würzburg. Der ordentliche Professor der Pharmakologie Dr. Faust tritt vom Lehramt zurück. Der Privatdozent Prof. Dr. Burckhard wurde zum etatmäßigen Professor an der Hebammenschule ernannt.

Erlangen. Dr. Stettner hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Freiburg. Der Privatdozent der inneren Medizin Dr. B. Stuber erhielt den Titel a. o. Professor.

Wien. Der bekannte Neurologe Prof. Moritz Benedikt starb im Alter von 85 Jahren.

Bäderwesen.

Bei Ueberweisung von Patienten in den Kurort bitten die Aerzte von Bad Gastein die Kollegen, denselben keine detaillierten Badevorschriften mitzugeben, sondern sie an einen der im Kurort praktizierenden Kollegen behufs Anordnnng und Ueberwachung der Kur zu überweisen.

Diese Bitte verdient die Beachtung der Hausärzte, nicht nur aus kollegialen Gründen, sondern an erster Stelle im Interesse der Patienten. Es ist sicherlich nicht unbedenklich, Verordnungen für eine längere Zeit voraus zu geben, ohne die Möglichkeit zu haben, die Wirkung der Heilmittel auf die Patienten zu beobachten. Zudem wird bei allen Zusammenkünften von Badeärzten immer wieder über Verordnungen von Kurmitteln berichtet, die infolge der ungenügenden Bekanntschaft der Hausärzte mit den örtlichen Verhältnissen in den Kurorten einfach nicht ausführbar sind. Die unvermeidlichen Auseinandersetzungen, die zur Klärung dieser Mißverständnisse notwendig werden, können bei noch so taktvollem Vorgehen des Badearztes recht peinlich werden und ein gewisses Mißtrauen bei den Patienten wachrufen, das sicherlich nicht zur Hebung des Ansehens der Aerzteschaft dient. Hh.

Verschiedenes.

Leipzig. Die Hygiene-Meß-Ausstellung in Leipzig verfolgt den Zweck, in einem hierfür besonders ermieteten Meßhaus zum ersten Male im Herbst 1920 einen Ueberblick über das gesamte Gebiet der Hygiene zu geben. Geschäftsführer ist Herr Dr. Brügmann, Leipzig, Bayersche Straße 8, I.

V. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die am 20. Februar d. J. in Kraft getretene Vierte abgeänderte Ausgabe der „Deutschen Arzneitaxe 1920" Abschnitt D—F ist in der Weidmann'schen Buchhandlung hierselbst, Zimmerstr. 94, erschienen und daselbst käuflich zu haben.

Berlin, den 22. April 1920.

Der Polizeipräsident.
I. V.: Dr. Lehmann.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Neurophyllin-Pillen

(D. R. W. Z. — D. R. W. Z. a.)

Als Sedativum, Nervinum und Hypnoticum bei Aufregungszuständen aller Art, Angstzuständen der Melancholiker im Anfangsstadium der progressiven Paralyse, Erkrankungen der Entwicklungs- und Wechseljahre, sowie im Greisenalter, Depressionszuständen, Hysterie und Hypochondrie, Erregungszuständen der Diabetiker (Acidosis ausgeschlossen). / Wissenschaftlich erprobt und begutachtet.

Prospekte, Literatur und Muster durch

EUTECTAN-LABORATORIUM, Lübbenau N.-L.



„PRAEVALIDIN"

Campher-Wollfettsalbe mit Wasserstoffsuperoxyd zur percutanen Einverleibung von Campher und Balsam peruvian.

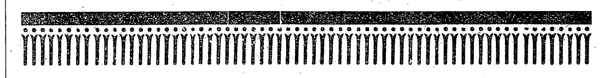
Bestandteile: Campher, Balsam peruvian., Ol. Eucalypt.

Jede Dosis enthält 0,4 g Campher.

Wegen der herzroborierenden, expectorierenden und Appetit anregenden Wirkung indiziert bei Lungentuberkulose, Emphysem, Asthma nervosum, Bronch. chronic., Influenza, Anämie, Skrofulose u. Herzschwächezuständen. Jede Tube enthält 5 Dosen. Genaue Gebrauchsanweis. liegt jeder Tube bei. Preis der Tube für Erwachsene M. 6,–, für Kinder (halbe Dosis) M. 4,–.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei in Döhren bei Hannover.



Patienten-Journal

Allgemeine ärztliche Buchführung

Probeformulare versendet **Verlag Oscar Coblentz, Berlin W 30**

Ultraviolett-Therapie

Original Höhensonne Hanau

Neuere Literatur:

Die Lichtbehandlung des Haarausfalls. Von Dr. Fr. Nagelschmidt, Berlin. 70 Seiten Oktav mit 87 Abbildungen. Hauptvertrieb Sollux Verlag, Hanau, Postfach 31. Preis geb. M. 6,60 zuzügl. Teuerungsaufschlag.

Diathermie und Lichtbehandlung des Auges. Von Dr. Koeppe, Halle a. S. 210 Seiten Oktav mit 63 Abbildungen. Hauptvertrieb Sollux Verlag, Hanau, Postfach 31. Preis geb. M. 18,00 zuzügl. Teuerungsaufschlag.

Skrofulose, ihre Ursachen, Bedeutung und Heilung. Ein Beitrag zur Bekämpfung des Lupus von Dr. med. F. Thedering, Oldenburg. 18 Seiten Oktav. Hauptvertrieb Sollux Verlag, Hanau, Postfach 31. Preis geb. M. 1,75 zuzügl. Teuerungsaufschlag.

Neu! **Zum Auslegen in Wartezimmern und zur Verbreitung in Patientenkreisen:** Neu!

Künstliche Höhensonne Original Hanau. Eine Erläuterung für Nichtärzte von Hippolyt Meles. $^1/_2$ Oktav, 18 Seiten mit 2 Abbildungen. 10 Stück M. 1,50 beim Sollux Verlag, Hanau, Postfach 31.

Nähere Auskunft erteilt kostenlos und unverbindlich auf direkte Anfrage die

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Hanau.

Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten für praktische Aerzte

von

San.-Rat Dr. Reinh. Ledermann (Berlin)

4. Auflage mit 88 Abbildungen

Preis gebunden M. 14.40

einschl. Teuerungszuschlag

Von der gesamten Fachpresse glänzend begutachtet. Die Deutsche med. Wochenschrift schreibt:

. . . Einer Empfehlung bedarf dieses bewährte therapeutische Vademecum nicht mehr . . .

Vorlesungen über Frauenkrankheiten

Aus der Praxis — für die Praxis

von

San.-Rat Dr. Karl Abel (Berlin)

Mit 93 teils farbigen Abbildungen

Preis einschließl. Teuerungszuschlag
geheftet M. 33.60
gebunden M. 40.—

Dr. Max Nassauer schreibt in der Münch. med. Wochenschrift: . . Besonders schön sind die anatomischen Abbildungen, die zeigen, daß Abel Grund hatte, seinem Lehrer Waldeyer das Buch zu widmen. Die subjektive Färbung des Werkes macht dasselbe zu einer erquicklichen Lektüre.

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W 30

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang — Berlin, 15. Mai 1920 — No. 20

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung




BG
Haelepron
früher genannt
BEGEE-Haematogen-Tabletten


AMALAH


Dr. Mayer's
Röntgen-
Specialplatten
sind unstreitig die besten Platten für Röntgenaufnahmen. Höchste Empfindlichkeit, absolut klar, reine Schicht, präzise Wiedergabe der feinsten Strukturen.
Bezugsquelle sämtlicher Chemikalien gebrauchsfertig oder in Substanz.
Dr. Mayer & Rotzler
Fabrik photograph. Platten und Chemikalien
Karlsruhe i. Baden.

89. Jahrgang **Berlin, 15. Mai 1920** **No. 20**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen der Atmungsorgane.*)

Von Sanitätsrat Dr. Stemmler (Bad Ems).

Wiederherstellung und Aufbau sind die Grundzüge der ärztlichen Wissenschaft; sie waren es auch im Kriege, in dem andere Wissenschaften sich mehr oder minder der Zerstörung und Vernichtung gewidmet haben. Die ärztliche Wissenschaft braucht deshalb im Frieden ihre Tätigkeit nicht umzustellen; denn ihr erhabenes Ziel bleibt immer dasselbe: die Gesundheit des Staatsbürgers. Im Wiederaufbau des Staates ist dieselbe aber die wertvollste Geltungsbürgschaft jedes Vermögens und Wertes, jeder wirtschaftlichen und geistigen Kultur. (Wlassics-Budapest).

Die Fürsorge für die Kriegsbeschädigten ist deshalb eine kluge Gesundheitspolitik im Sinne des Wiederaufbaues des Staatslebens. Für die balneologische Wissenschaft ist es eine staatsbürgerliche Pflicht, sich dieser Frage besonders zu widmen. Denn in der Nachbehandlung der Kriegsschäden fällt ihr für lange Zeit eine wichtige Rolle zu. Die Kriegsschäden an den Atmungsorganen, mit denen ich mich zu beschäftigen habe, liefern eine große Menge von Kranken, welche in den nächsten Jahren den Badeärzten zur Behandlung kommen.

Versetzen wir uns zurück in unsere Tätigkeit während des Krieges, bei der Truppe, in den Lazaretten hinter der Front oder in der Heimat, berücksichtigen wir aus dieser Tätigkeit all die Erkrankungen der Luftwege, welche Geschoßwirkung und ungewohnte, klimatische Einflüsse bei der ungeheuren Ausdehnung der Front verursacht haben, so stellt sich vor unserem geistigen Auge ein buntes Bild all der Schädigungen dar, welchen die Atmungsorgane unserer Vaterlandsverteidiger ausgesetzt waren. Diesen direkten Kriegsschäden gesellen sich hinzu die Schädigungen an den Atmungsorganen, welche die Heimatfront durch ungewohnte Arbeit in ungewohnten Verhältnissen, besonders in den Kriegsbetrieben erlitten hat.

Gehen wir zunächst auf die direkten Einwirkungen des Krieges ein, so müssen wir in erster Linie die Verletzungen der Atmungsorgane betrachten, welche das todsuchende Geschoß selbstverständlich ohne Wahl an allen Stellen des Respirationstraktus gesetzt hat. Dabei treten die Verletzungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs an Zahl wesentlich zurück hinter den Verletzungen der Lunge, da der Brustkorb einerseits eine größere Ziel- und Trefffläche bietet, andererseits die Kopf- und Halsverletzungen meist so schwer waren, daß sie vielfach durch den Tod der Behandlung entzogen wurden. War aber das letztere nicht der Fall, so boten diese Verletzungen an Nase und Hals oft nach beendeter Wundheilung dem Balneotherapeuten interessante und dankbare Objekte der Behandlung, sei es, daß die Verletzung Behinderung der Luftzufuhr oder Erkrankung der Schleimhaut im Gefolge hatte.

*) Referat auf dem 36. Balneologen-Kongreß in Berlin.

Die Verletzungen der Lunge durch Schuß oder sonstigen, äußeren Gewalteinfluß boten dagegen ein mannigfaches Bild von Erkrankungen, die in traumatischer Lungenentzündung, Bluterguß in der Pleura, serösem Exsudat, Empyem, Pneumothorax ihre Hauptvertreter stellten und mit ihren Krankheitsfolgen, wie Lungenschrumpfung, Atelektasen, Tuberkulose, Pleuraschwarten und Pleuraverwachsungen die Balneotherapie noch für lange Jahre beschäftigen werden.

Den Folgen der Brustschüsse hat Hofbauer in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung eine längere Abhandlung gewidmet und in derselben festgestellt, daß die durch Verletzung selbst gesetzte Insuffizienz der respiratorischen Brustwandbewegungen resp. die durch Einschaltung fremder Massen in den Pleuraraum ausgelöste, mangelhafte Uebertragung der konsekutiven Druckschwankungen Atelektase verursacht, die teils genau dem ausgeschalteten, respiratorisch untätigen Teil der Lunge entsprechen, teils aber sich auch an zwei den Verletzungen oft fernliegenden Stellen der Lunge bemerkbar machen, den Lungenspitzen einerseits und den zentralen Partien andererseits. Hier kommt es am raschesten zu sichtbaren Wirkungen der Atemverflachung deshalb, weil beide an Brustwandabschnitte grenzen, welche nur bei vertiefter Atmung merkbare Bewegungen ausführen. Weil aber der Luftgehalt jedes Lungenteiles von seiner respiratorischen Betätigung direkt abhängt, so resultiert als Folge der respiratorischen Insuffizienz der Lungenspitzen, sowie der Hiluspartien, eine Dämpfung und Schattenbildung.

Die Vernarbung zerstörten Lungengewebes und Atelektasenbildung führen bei schweren Verletzungen durch Lungenschuß einerseits zu Lungenschrumpfung, andererseits zu Lungenblähung, welche sinngemäß als vikariierendes Emphysem bezeichnet wird. Als Folgeerscheinungen dieser Veränderungen im Lungengewebe und in der Lungenfunktion treten oft asthmatische Beschwerden auf, die fälschlich diesen Beinamen führen, da sie mit dem Krankheitsbilde Asthma, oder besser gesagt mit dem Symptomenkomplex Asthma nichts zu tun haben. Als hervorstechendstes Symptom dieses Komplexes gilt der Krampf der Bronchialmuskulatur, der bei partieller Lungenschrumpfung mit Atelektase und Lungenblähung fehlt. Eher kann man hier von einer Lähmung der Bronchialmuskulatur sprechen, welche allerdings von Riese als Ursache des Asthma bronchiale bezeichnet wird. Meiner Ansicht nach mit Unrecht, da sie wohl, wie manche andere Erkrankungen der Bronchien, asthmatische Beschwerden, aber nicht den Symptomenkomplex Asthma bedingt.

Zu den Folgen der Lungenschüsse, sei es, daß sie Veränderungen im Lungengewebe und in der Tätigkeit der Lunge verursachen, sei es, daß sie am Rippenfell oder im Rippenfellraum Tatsachen schaffen, welche die Lungentätigkeit beeinflussen, gesellt sich fast immer der Katarrh der Bronchien, der durch die Störung in der Lungenarbeit bedingt, bald chronische Form annimmt und im Gesamtbild der Folgen der Lungenschüsse neben den direkten Schädigungen der Lunge und der Pleura ein erschwerendes Moment für die Beseitigung der Verletzungsfolgen bildet.

Zahlenmäßig tritt diese im Gefolge von Lungenschüssen

auftretende Bronchitis weit zurück hinter der Erkrankung der Bronchien, welche im Kriege aus Erkältung hervorgegangen ist. Die gewaltige Ausdehnung der Front hat unsere Soldaten in der kaltfeuchten Luft der flandrischen Meeresküste, in den schneebedeckten Karpathen, in der Winterkälte Rußlands, in der Bruthitze Mesopotamiens und der Gegend am Suezkanal, im Sommer wie im Winter, ungewohnten klimatischen Verhältnissen ausgesetzt, die in Verbindung mit den außerordentlichen Strapazen des Kriegslebens nur zu sehr geeignet waren, die Bronchialschleimhaut direkt zu alterieren oder durch Störungen in der Wärmeregulierung der Haut und des ganzen Körpers Entzündungen derselben zu verursachen. Es unterliegt nach Strasser keinem Zweifel, daß starke Durchkühlungen in den Bronchien Sekretionsstörungen und Epithelablösungen hervorrufen, welche Erscheinungen wir getrost eine Bronchitis nennen können, ohne daß von vornherein eine Mitwirkung von Bakterien nötig erscheint. Reflektorisch entsteht so ein Katarrh; die Bakterien der fast nie keimfreien Schleimhaut etablieren dann eine Entzündung mit eitrigem Sekret. Die Erkältung ist auf jeden Fall eine Störung der Wärmeökonomie des Körpers, deren Folgen sich als ein gestörter, ein fehlerhafter, ein mangelhafter Stoffwechsel äußern müssen, was gleichbedeutend ist mit akuter und chronischer Krankheit oder mit Schwäche der Konstitution und Disposition zu Krankheit. (Magelssen.)

Diese Erfahrungstatsachen finden wir durch die gewaltige Zahl der Erkrankungen der Luftwege im Felde bestätigt, die infolge der Orts- und Zeitumstände oft und schnell in die chronische Form übergingen und die Lazarette, besonders in den geeigneten Kurorten der Heimat, füllten.

Außer der Erkältung lieferten auch die Infektionskrankheiten einen gewissen Prozentsatz der Luftröhrenerkrankungen, sei es, daß sie bei lang andauernder Schwächung des Körpers, wie bei Typhus, sekundär eine chronische Bronchitis verursachten, sei es, daß sie, wie bei Influenza, in den Bronchien selbst das Hauptsiedlungsfeld ihrer Bakterien hatten.

Gewaltig wuchs die Zahl der Erkrankungen der Luftwege, als die spanische Grippe ihren Sieges- und Todeszug über diee streitenden Parteien hielt, Hekatomben von Todesopfern forderte und hartnäckige Kartarrhe bei denen zurückließ, welche mit stark geschwächter Gesundheit dem Seuchentod entrannen.

Mit all diesen Katarrhen, welche sich zum Teil in chronischer Form bis zu den äußersten Konsequenzen, Emphysem und Bronchiektasie, ausbauten und oft einen sehr schädigenden Einfluß auf den Zirkulationsapparat ausübten, waren in ziemlich zahlreichen Fällen Erkrankungen der Pleura in allen Spielarten verbunden.

Einen erklecklichen Anteil an den Erkrankungen der Luftwege lieferte auch die Heimatfront. Es sind dies die durch mechanische und chemische Reize, durch Einatmung fremder, schädlicher Beimengungen zur atmosphärischen Luft bedingten Katarrhe. Durch Läsion des Epithels der Bronchialschleimhaut einerseits und durch die hiermit verbundene Erleichterung der Bakterieninvasion andererseits, einerlei, ob die Mikroorganismen der Luft oder dem Staube beigemischt oder bereits regelrechte Bewohner der Respirationsschleimhaut waren, wurde der Katarrh der Bronchien erzeugt und bei der meist andauernden Schädigung in chronischer Form erhalten. Neben dem Staub in menschengefüllten Räumen, wie sie unsere Kriegsindustrie bot, ist besonders der Staub des Kriegsgewerbes in unseren Munitionsfabriken zu erwähnen. Nicht minder schädlich wirkte in den letzteren die Einatmung scharfer Gase von Schwefel, Salzsäure, Salpeter, Chlor und besonders der giftigen Mischungen, welche zur Füllung der Bomben und Granaten benutzt wurden.

Diesen Schädigungen waren natürlich auch unsere Soldaten im Feld ausgesetzt, bei denen der Aufenthalt in den schlecht gelüfteten, nassen unterirdischen Unterkunftsräumen des Schützengrabens hinzukam.

Ein begünstigendes Moment für den chronischen Bronchialkatarrh boten auch die durch die Strapazen des Krieges bedingten, häufigen Störungen im Blutkreislauf, besonders im kleinen Blutkreislauf. So fanden wir die chronische Bronchitis oft verbunden mit Erkrankungen des Herzens und der Niere.

Das Asthma, die Neurose im Gebiet der Respirationsnerven, tritt als Kriegsschädigung ebenfalls in den Bereich unserer Behandlung, sei es, daß sie auf dem Boden der Neurasthenie erwachsen, sei es, daß eine gewisse Idiosynkrasie auf jede bestimmte, in ihrer Einzelart verschiedene Beleidigung und Reizung der Respirationsschleimhaut, deren es im Kriege nur zu viele gab, reagierte.

Betrachten wir das Bild dieser Kriegsschäden an den Atmungsorganen in ihrer Gesamtheit, berücksichtigen wir bei dieser Betrachtung die Wandlungsfähigkeit dieser sich auf den Respirationstraktus beschränkenden Krankheitsformen in ihren Folgeerscheinungen, so erkennen wir, daß sich zur Linderung und Hebung dieser Leiden für die Balneotherapie ein weites Feld eröffnet, auf dem die Heilmittel der deutschen Kurorte in ihrer Universalität denen zur Gesundung dienen sollen, die in Ost und West in eiserner Wehr die Heimat und speziell auch die Heilschätze deutscher Erde vor feindlichem Eindringen schützten.

Diese Heilmittel sind gegenüber dem im engen Rahmen der Erkrankungen der Atmungsorgane zusammengefaßten Krankheitsbilde, in dem der chronische Katarrh eine vorherrschende Stellung einnimmt, sowohl in ihrem Urzustand als auch in ihrer zu wissenschaftlicher Anwendung gebotenen Umformung so mannigfacher Art, daß sie zunächst eine besondere Würdigung verdienen.

Die Indikationen für den Gebrauch der Heilmittel eines Kurorts haben durch die exakten Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Medizin und Chemie in den letzten Jahrzehnten eine vortreffliche wissenschaftliche Unterlage erhalten. Während die natürlichen Heilmittel der Kurorte, Klima, Mineralquellen usw. Jahrhunderte hindurch in dem Leben, in dem Rufe der Kurorte den ruhenden Pol in der Erscheinungen Flucht boten, hat die moderne, wissenschaftliche Umformung in der Anwendung dieser Heilmittel und besonders die Tätigkeit der Badeärzte in der Behandlung bestimmter pathologischer Prozesse einen präzisierenden Einfluß auf die Indikationsstellung ausgeübt. Die Balneotherapie, deren hauptsächliche Aufgabe es ist, bei chronischen Krankheiten die normalen, physiologischen Funktionen des menschlichen Körpers wiederherzustellen, verschmäht es selbstverständlich nicht, zu diesem Zwecke die Errungenschaften der neueren Forschung, so die Inhalations- und Pneumotherapie bei den Erkrankungen der Luftwege in ihren Dienst zu stellen.

Das procul negotiis der alten Römer, das Fernsein von den Sorgen und Schädigungeen des Alltagslebens ist im Kurort vom gleichen therapeutischen Wert, wie der sacro egoismo der heutigen Römer, die heilige Sorge um das eigene Ich und seine Gesundung. Wenn auch die Bekämpfung der subjektiven Beschwerden und der objektiven krankhaften Erscheinungen die Hauptaufgabe der therapeutischen Maßnahmen bei der Behandlung der Krankheiten der Atmungsorgane ist, so dürfen wir doch die Erziehung des Patienten zur Prophylaxe, zur Verminderung und Beseitigung schädlicher Einflüsse, nicht vernachlässigen. Die Prophylaxe genügt oft, um eine wesentliche Besserung im Katarrh der Luftwege, dem treuen Begleiter fast aller Erkrankungen des Respirationstraktus, herbeizuführen.

Ist auch der prophylaktische wie kurative Zweck fast allen therapeutischen Maßnahmen gemeinsam, so tritt diese Feststellung doch besonders beim Klima in bemerkenswerter Form zutage. Die Erfahrung hat bewiesen, daß klimatische Kuren bei Erkrankungen der Luftwege von großem Nutzen sind. Derselbe besteht hauptsächlich darin, daß die Schädlichkeiten verringert oder ganz ferngehalten werden, welche den Katarrh zu steigern oder die Rückbildung der anatomischen Veränderungen hintanzuhalten geeignet sind. (H. Nothnagel.)

Diese Schädlichkeiten sind Staub, Wind, Einatmung kalter Luft, Einwirkung schroffen Temperaturwechsels auf die Haut. Oft wird erst durch klimatische Kuren die Grundlage geschaffen, auf der balneotherapeutische Maßnahmen sich aufbauen und die erkrankte Schleimhaut zur Norm zurückführen können. Die Verschiedenheit der katarrhalischen Erscheinungen, die sich meist in der Beschaffenheit des Sekretes kundgibt, erfordert bei der einen Kategorie einen größeren Feuchtigkeitsgehalt der Atmosphäre, bei der anderen eine größere Trockenheit. Im allgemeinen dürfte für die Mehrzahl der Erkrankungen der Luftwege ein warmes, mäßig feuchtes Klima, mit geringen täglichen Temperaturschwankungen, eine reine, staubfreie Luft mit guter Auswechselung und eine reichliche solare und terrestrische Bestrahlung bei meist heiterem Himmel den Heilbestrebungen am förderlichsten sein.

Wer die Entstehung oder Verschärfung seines Katarrhs der oberen Luftwege den Unbilden der Witterung verdankt, wer also den krankheitserregenden, wir wollen lieber sagen, den bei der Entstehung der katarrhalischen Erscheinungen mitbestimmenden Einfluß der Witterung am eigenen Leibe erfahren hat, der wird ein solches Klima als vollwertiges Heilmittel, geradezu als Grundlage für das Gelingen seiner Kur betrachten.

Noch mehr tritt die Wirkung des Klimas bei der Behandlung des chronischen Bronchialkatarrhs hervor. Wenn wir uns aus der Aetiologie desselben vergegenwärtigen, daß erfahrungsgemäß Erkältungen den schleichenden Gang des Katarrhs zu beschwerdereichen und lebensbedrohenden Rekrudeszenzen aufflackern lassen, welche hartnäckig jeder Therapie zu trotzen pflegen, so wird ein warmes, mäßig feuchtes Klima mit geringem Temperatur- und Witterungswechsel an relativ wind- und staubfreiem Ort ein hervorragendes Mit-

tell in palliativer und kurativer Hinsicht sein. Wo die Gefahr der Erkältung auf ein Minimum herabgedrückt ist, gewöhnt sich der Patient schon bald an den heilsamen Vollgenuß der reinen Luft. Durch die solare Bestrahlung wird der Stoffwechsel gesteigert, die Atmung erleichtert. Mit dem Fortschritt der allgemeinen Kräftigung und durch die rationelle Gewöhnung an die geringen Witterungsveränderungen schwindet die übergroße Empfindlichkeit der Haut und in gleichem Maße die große Reizbarkeit der Respirationsschleimhaut. Ist dieser Punkt der Besserung erreicht, so tritt der Patient aus der passiven Duldung des heilsamen Klimaeinflusses heraus zu aktiver Mitbetätigung. Durch wohlgeordnete, tägliche Bewegung in freier Luft lernt er selbst stärkerem Witterungswechsel trotzen. Mit Staunen merkt er, daß der Luftzug, der früher unweigerlich einen Rückfall herbeigeführt hätte, nicht nur keinen schädigenden Einfluß auf ihn ausübt, sondern im Gegenteil eine merkbar kräftigende Wirkung seines Allgemeinbefindens erzielt. Die Hebung des Allgemeinbefindens, der Widerstandskraft gegen äußere Schädlichkeiten, ist aber eine wesentliche Grundbedingung für die Rückführung der Störungen der organischen Funktionen zur normalen Tätigkeit.

Die strenge Beurteilung des Einzelfalles muß die Grundlage geben für die Bestimmung, wo diese Heilbestrebungen den sichersten Erfolg versprechen, ob See- oder Gebirgsklima vorzuziehen sind, oder ob das Binnenklima der Niederung am Platze ist, wobei natürlich auch andere Momente eine ausschlaggebende Rolle spielen, z. B. das Vorhandensein dem Einzelfalle dienlicher Mineralquellen oder anderer Kurmittel.

Eine Reihe von Bädern mit alkalisch-muriatischen, alkalischen, salinischen und schwefelhaltigen Mineralquellen hat sich in dieser Beziehung gleichsam zu großen Sanatorien ausgebaut und dient, mit allen möglichen Hilfsmitteln ausgestattet, in erster Linie der Heilung der Erkrankungen der Atmungsorgane. Bei der Mannigfaltigkeit der Krankheitserscheinungen dürfte die Auswahl des Bades resp. bestimmter Heilquellen durch die verschiedensten Momente bestimmt werden, wobei nicht nur der Klimaeinfluß und die vorhandenen Heilmittel mitsprechen, sondern auch die Art der katarrhalischen Erscheinungen und deren aetiologische Grundlagen die Wagschale der Entscheidung bald zugunsten des einen, bald des anderen Bades senken werden.

Die antikatarrhalische Wirkung der Trinkkur an diesen Quellen gibt sich durch Lockerung der Schleimhaut und Verflüssigung des Schleimes kund. Die Sekretionstätigkeit der Schleimhautdrüsen wird erhöht, die stockende Sekretion kommt wieder in Fluß. Die zähe Schleimabsonderung macht einer flüssigeren Platz. Es kommt zur Abschwellung der katarrhalischen Schleimhaut, zur Erleichterung des Luftwechsels, zur Milderung und Beseitigung des stereotypen Begleiters aller Katarrhe der Luftwege, des Hustens. Damit geht Hand in Hand eine Steigerung des osmotischen Druckes des Blutes und des geamten Stoffwechsels, eine Arbeitssteigerung des Zellenlebens der erkrankten Organe, welche die Rückkehr zur normalen Funktion anbahnt. Diese wird erleichtert durch Entwässerung der Gewebe infolge Anregung der Diurese, welche die Sekretion der Schleimhaut der Luftwege herabsetzt.

Die Rückkehr zur normalen Funktion der erkrankten Bronchien und des ganzen Atmungsorganes wird wesentlich unterstützt durch die Bäderbehandlung, welche die Entfernung des Sekretes durch Hebung der Exspirationskraft fördert. Nach den Beobachtungen Grödels konstatieren wir:

1. In allen Bädern tritt eine Zunahme für das Exspirium, meist auch eine solche für das Inspirium ein.
2. Die Steigerung der Exspirationskraft ist eine entschieden viel höhere, als diejenige des Inspirationsvermögens.
3. Die Steigerung dauert auch nach dem Bade fort.

Es ist selbstverständlich, daß das kohlensaure Thermalbad, da es die Zirkulationsbedingungen in den Hautblutgefäßen verändert und dadurch einen erheblichen Einfluß auf den Stoffwechsel ausübt, die angeführten Wirkungen in erhöhtem Maße in sich birgt. Die kohlensauren Thermalbäder kommen bei dem chronischen Bronchialkatarrh umsomehr in Betracht, je mehr derselbe mit Stauungserscheinungen in der Lunge verknüpft ist oder durch solche verursacht ist, je mehr durch den Katarrh und seine Sekretions- und Respirationsveränderungen der Blutkreislauf behemmt, die Arbeit des Herzens erschwert ist.

Der den Bädern zugrunde liegende hydrotherapeutische Zweck in der Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane wird ergänzt durch andere Maßnahmen, welche in den verschiedensten Formen der Anwendung des Wassers durch Uebergießungen und Duschen, Waschungen und Abreibungen oder Packungen bestehen. Dieselben dienen teils kurativen Zwecken, teils der wichtigen Aufgabe der Abhärtung. Das Ziel der Hydrotherapie, abzuhärten und den Ausgleich der Funktionsstörungen stabil zu erhalten, darf gerade bei den Erkrankungen der Atmungsorgane und besonders bei dem labilen Bilde des chronischen Bronchialkatarrhs nicht aus dem Auge gelassen werden, da durch ihre Wirkung oft die Grundlage zur Gesundung gegeben wird.

Während Trink- und Badekur hauptsächlich durch Allgemeinwirkung auf den Gesamtkörper die Krankheitserscheinungen in den Atmungsorganen und speziell den Katarrh derselben beeinflussen, haben wir in Nasenspülungen, Gurgelungen und besonders in den Inhalationen Mittel, um lokal auf die Schleimhaut, wie überhaupt auf die Funktion der Atmungsorgane einzuwirken.

Die Nasenspülungen, welche je nach der beabsichtigten Wirkung in verschiedenen Temperaturen gebraucht werden, bewirken eine mechanische Reinigung der Nasenhöhlen, sie lösen den anhaftenden Schleim und regen die Schleimhaut zu einer stärkeren Drüsentätigkeit und Abgabe eines flüssigeren Schleimes an. Hierbei treten die Temperatur des Wassers als auch die hauptsächlichsten mineralischen Bestandteile desselben und die Kohlensäure in Aktion. Nach einer durch die Ausspülung veranlaßten, kurzdauernden Reizung der Nasenschleimhaut tritt mit dem Beginn einer flüssigeren Sekretion eine Abschwellung derselben und in deren Gefolge eine bessere Wegsamkeit für die Atmung ein.

Dieselbe Wirkung, welche die Nasenspülung in der Nase ausübt, finden wir bei der Anwendung des Gurgelns auf den Schleimhäuten des Rachens und des Kehlkopfs wieder, wobei eine Differenzierung der Art des Gurgelns durch die verschiedene Lage und die mehr oder minder große Erreichbarkeit dieser Schleimhautgebilde geboten ist.

Die Inhalation zerstäubten Mineralwassers hat sich, mit den Fortschritten der Technik und der therapeutischen Erfolgen gleichen Schritt haltend, in einer Reihe von Badeorten zu einem vollwertigen Kurmittel entwickelt. Je nach der Lokalisation des Katarrhs in den oberen Luftwegen oder in den Bronchien ist die Art der Anwendung und die Wahl der Apparate verschieden. In den mit Inhalationsapparaten ausgestatteten Badeorten bildet die Inhalation zerstäubten Mineralwassers das Grundprinzip der Behandlung, während medikamentöse Beimischungen nur als Unterstützungsmittel angewandt werden. Wir nehmen die Temperatur der Inhalation kühl oder lauwarm bei dem hypertrophischen Katarrh der oberen Luftwege und bedienen uns wärmerer Temperaturgrade beim trocknen Katarrh derselben, wo es gilt, die zähen und trocknen Schleimmassen zu lösen, die Schleimhaut zur intensiveren Sekretion eines flüssigeren Schleimes anzuregen und im allgemeinen die Entfernung desselben zu erleichtern. Je nach der Art des Katarrhs und seiner Lokalisation spielt natürlich die Feinheit der Zerstäubung und demnach die Auswahl des Apparates eine wesentliche Rolle in der therapeutischen Ueberlegung. Für den Katarrh der oberen Luftwege wird meist die Inhalation am Einzelapparat gebraucht. Bei Patienten mit sehr empfindlichen Schleimhäuten wird auch die Inhalation frei zerstäubter Flüssigkeit im Raum oder an den Salinen angewandt. Diese, wie auch die Trockenzerstäubung, kommt aber hauptsächlich in Frage bei dem chronischen Katarrh der Bronchien, und zwar bei allen Arten desselben, dem einfachen, dem bronchorrhoischen und blenorrhoischen Katarrh und besonders beim trocknen Katarrh der Bronchien.

Durch die Inhalation frei zerstäubter Flüssigkeit wird das ganze, unverlegte Lumen des Bronchialbaumes mit Wasserstäubchen betaut, die besonders auf das Sekret der Schleimhaut einwirken, umsomehr, je geeigneter die Zusammensetzung der zerstäubten Flüssigkeit in dieser Beziehung ist. Der Auswurf wird erleichtert. Bald lassen auch die Hustenanfälle an Häufigkeit und Heftigkeit nach. Gleichzeitig schwinden die im allgemeinen bestehenden Atembeschwerden und die bei stärkeren Hustenanfällen auftretende Dyspnoe. Mit dem Schwinden der Rhonchi treten meist reichliche Rasselgeräusche auf, die nach vermehrtem Auswurf wieder nachlassen. Bei den stabil gewordenen Katarrhen in den unteren Lungenpartien läßt sich genau die therapeutische Wirkung der Inhalation in den Grenzgebieten verfolgen, die allmähliche Lösung des gehäuften Sekrets und das schrittweise Vordringen der Luft in die vom Sekret gesäuberten Lumina der feineren Luftwege.

Bestehen nach Verflüssigung des Schleimes und Erleichterung der Expektoration vorhandene asthmatische Beschwerden noch fort, ist die exspiratorische Atemnot mit Lungenblähung oder konstantem Emphysem verbunden, so tritt an Stelle der Inhalation frei zerstäubter Flüssigkeit die Inhalation am pneumatischen Apparat: Einatmung verdichteter Luft, beladen mit verdunsteten Medikamenten (Kiefernöl, Terpentin, Perubalsam usw.) und zerstäubtem Mineralwasser, eventuell auch gemischt mit Sauerstoff, abwechselnd mit Ausatmung in verdünnte Luft. Je nach der Art der Erkrankung und der Beschwerden wird im Gebrauch des Apparates eine diesbezügliche Va-

riation im Grade der Verdichtung und Verdünnung der Luft platzgreifen müssen. Durch die Inhalation am pneumatischen Apparat erleichtern wir die Arbeit der respiratorischen Muskulatur der Bronchien, die verdichtete Luft dringt leichter in die durch Sekretmassen verengten und zum Teil verlegten Bronchialwege ein, sie verhilft in Gemeinschaft mit der darauffolgenden Ausatmung in verdünnte Luft dem elastischen Lungengewebe zu einer sowohl kräftigeren Ausstoßung der Luft als auch zu einer besseren Beförderung des Sekrets zu den Ausgangspforten. Durch Zunahme der vitalen Kapazität durch Zunahme der In- und Exspirationskraft wird eine Erhöhung der Lungenventilation erzielt und mit ihr eine ausreichende Sauerstoffaufnahme in das Blut, eine vermehrte Kohlensäureabgabe aus demselben (Schnitzler, Speck, Amati), und als End-Ergebnis eine Stärkung der Zellenatmung allüberall (Jürgensen). Durch Hebung der durch unzureichende Lüftung verursachten Insuffizienz der Atmungsorgane werden auch die aus demselben herrührenden Störungen des Kreislaufes und der Herztätigkeit gebessert. Diesen Zweck verfolgt, wenn auch in anderer Weise, mit gutem Erfolg die Unterdruckatmung am Brunsʼschen Apparat und mit der Kuhnʼschen Maske.

Die Besserung und Hebung des Katarrhs bringt dem Emphysematiker große Linderung seiner Beschwerden. Die Konstanz des Emphysems wird aber nur in dem Sinne eine Einwirkung erfahren, daß auf dem Grenzgebiete zwischen normal funktionierendem Lungengewebe und dem elastizitätslosen, erweiterten Gebiete die elastischen Fasern wieder Spielraum bekommen zu tätiger Mitarbeit. Diesem Zwecke dient an erster Stelle die Gymnastik am Apparat, welche, richtig angewandt, dem Kranken gute Dienste leistet.

Während die Anwendung der aktiven, pneumatischen Methode ein gewisses Maß von Kräftevorrat und Widerstandsfähigkeit beim Emphysematiker voraussetzt, ist bei schwachen, kraftlosen Patienten die peumatische Kammer indiziert, welche die Atmungsinsuffizienz in mehr schonender Weise beeinflußt, einen Kraftaufwand nicht verlangt, vielmehr ohne jede Willens- und Kraftbetätigung von seiten des Kranken den Luftwechsel erleichtert, die Respirationsmuskulatur unter günstigere Arbeitsbedingungen setzt. Die Atemtiefe nimmt in der pneumatischen Kammer zu, die Zahl der Atemzüge vermindert sich, die vitale Kapazität nimmt höhere Werte an. Diese Erscheinungen lassen zwar nach dem Verlassen der Kammer wieder nach, aber der wiederholte Aufenthalt in derselben führt allmählich zu einer Fixierung dieser Tatsache und damit zur Besserung in der Funktion des Respirationsorgans.

Bei der Bronchiektasie finden die Hauptforderungen der Behandlung, Sekretionsverminderung und Sekretbeförderung nach den Auswegen, in der Inhalationstherapie ein sehr geschätztes Hilfsmittel, das bei putrider Beschaffenheit des Sekretes noch eine dritte Aufgabe zu lösen berufen ist, durch Desinfektion des Sekretes in den Bronchien die Zersetzungsvorgänge zu verhindern. Die Desinfektion und Beschränkung des Bronchiektaseninhalts ist auch bei der Lignosulfitinhalation als feststehende Heilwirkung zu betrachten.

Die Grippeepidemien des Jahres 1918 haben eine Reihe von Infiltrationen der Lungenspitzen in die Bäder geliefert, die nicht tuberkulöser Art waren und durch balneotherapeutische Maßnahmen so günstig beeinflußt wurden, daß die krankhaften Erscheinungen schwanden und mit ihnen die Disposition zu bazillärer Siedelung.

Die Rippenfellentzündung tritt meist erst dann in den Bannkreis der Balneotherapie, wenn sowohl bei der trockenen als auch besonders bei der exsudativen Form das Entzündungsstadium beendet ist. Die Behandlung richtet sich demnach hauptsächlich gegen die restierenden Folgeerscheinungen der Rippenfellentzündung, die oft noch lange Zeit subjektive Beschwerden erzeugen und objektiv einen anormalen Befund konstatieren lassen, der besonders in Reibegeräuschen, Verkürzung der Inspirationsdauer, Schwartenbildung und Verwachsung der Pleurablätter, Atelektasen und Schrumpfung der erkrankten Lungenseite zum Ausdruck kommt. Die Aufgabe der Balneotherapie ist, die Resorption zu beschleunigen, die Entfaltung der Lunge zu fördern, die katarrhalischen Erscheinungen zu beseitigen.

Durch die Trinkkur wird das Resorptionsvermögen auf den Schleimhäuten in dem Pleuraraum erhöht, der Stoffwechsel gesteigert, durch vermehrte Diurese und Diaphorese die Ausscheidung der Exsudationsprodukte bewerkstelligt. Eine wesentliche Unterstützung in dieser Beziehung liefert die Badekur, indem sie den Resorptionsprozeß beschleunigt. Hydrotherapeutische Maßnahmen, wie Stammumschlag und Kreuzbinde, erhöhen das Resorptionsvermögen. Abreibungen und Duschen kommen meist erst dann in Frage, wenn die Therapie in das Stadium der Prophylaxe übertreten kann.

Während die Inhalation frei zerstäubten Mineralwassers nur bei den Fällen in Anwendung kommt, bei welchen die Behandlung der katarrhalischen Erscheinungen eine besondere Würdigung verdient, tritt die Pneumotherapie bei der Behandlung der Folgezustände der Pleuritis in den Vordergrund. Um die Konsolidierung der Fibringerinnsel auf der Pleuraoberfläche zu Schwarten zu verhindern, um sich bildende Schwarten durch massageartigen Druck zu verarbeiten, um die Entstehung von Atelektasen der Lunge infolge Schwartenbildung und dadurch verminderter Dehnbarkeit der Pleura hintanzuhalten, um ausgedehnte Kompressionsatelektasen durch Verwachsung der Pleurablätter unmöglich zu machen, um überhaupt die Erhaltung der normalen Funktion der Lunge zu sichern, sind zur Nachbehandlung der Pleuritis regelmäßige Atmungsübungen absolut notwendig. Diese Aufgabe erfüllt am besten der pneumatische Apparat. Unter seiner Anwendung werden die mit Schleim verstopften und verklebten Bronchien und Bronchiolen wieder wegsam; die kollabierten Alveolen werden aufgebläht und mit Luft von höherer Tension gefüllt. Dementsprechend wird die Elastizität des Lungengewebes erhöht, die Inspirations- und Exspirationsmuskulatur gekräftigt. Durch Zunahme der vitalen Kapazität, durch Zunahme der Inspirations- und Exspirationskraft wird eine wesentliche Erhöhung der Lungenventilation erzielt. Stellen sich bei tiefer Ein- und Ausatmung noch Schmerzen am Brustfell ein, so ist die mildere, passive Methode der pneumatischen Kammer geboten; ist dies nicht der Fall, so garantiert die aktive, pneumatische Methode schnelleren und gründlicheren Erfolg. Selbstverständlich sprechen dabei Alter und Kräftezustand und etwaige Komplikationen von seiten der Lunge und des Herzens ein Wort mit, um die Wagschale der Indikation zugunsten der einen oder der anderen Methode zu belasten. Wir unterstützen die Pneumatotherapie, wie überhaupt den ganzen Heilvorgang, durch wohlgeordnetes Gehen und Steigen auf dafür geeigneten Wegen.

Es erübrigt noch auf die Balneotherapie des Asthmas einzugehen, zu dessen Entwicklung das Kriegsleben reichlich Entstehungsursachen bot und genug der Momente schuf, welche schlummernde Disposition zu exzessiver Entfaltung führten. Im Leidensbilde dieser vasomotorischen und sekretorischen Neurose auf dem Gebiete der Respirationsnerven spielt trotz der Verschiedenheit der aetiologischen Momente und abgesehen von manchen nebensächlichen Erscheinungen die Atemnot mit Lungenblähung und eine charakteristische Sekretion die Hauptrolle. In dem mannigfach gestalteten Symptomenkomplex des Asthmas ist die asthmatische Bronchitis das Operationsfeld, auf welchem die Balneotherapie hervorragende Erfolge erzielt. Diese Erfolge gründen sich auf der teils kombinierten, teils Einzelwirkung der Faktoren Klima, Trinkkur und Inhalationen in ihren verschiedenen Formen und Abstufungen, welche durch andere Heilverfahren, wie hydrotherapeutische Maßnahmen, Lichtbäder usw. unterstützt werden.

Ich verzichte darauf, auf die Balneotherapie des Asthmas im Rahmen meines Referates weiter einzugehen, da der Asthmabehandlung der Kriegsbeschädigten ein weiterer Vortrag auf unserer Tagung gewidmet ist. Ebenso habe ich es vermieden, auf die Tuberkulose der Atmungsorgane einzugehen, da die Würdigung der Behandlungsmethoden bei Lungentuberkulose in einem besonderen Vortrag vorgesehen ist.

In meinen Ausführungen glaube ich Ihnen beweiskräftig dargelegt zu haben, daß die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen der Atmungsorgane eine hervorragende Rolle spielt. Indem sie an der Wiederherstellung der Gesundheit und Hebung der Arbeitskraft des Staatsbürgers im einzelnen wie in der Allgemeinheit mitarbeitet, hebt sie das Quecksilber im Barometer unseres kranken Staatslebens. Durch Steigerung der Arbeitskraft erfüllt sie das Gebot der Stunde und trägt mit bei zum Wiederaufbau des Vaterlandes.

II. Referate.

Prof. **O. Minkowski** (Breslau): **Hämorrhagische Diathese, Thrombopenie und Milzfunktion.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 49—50.)

Verfasser bespricht einige Krankheitsfälle aus der Klasse der hämorrhagischen Diathesen, welche mit einer erheblichen Verminderung der Blutplättchenzahl einhergingen. Diese „Thrombopenie“, soweit sie nicht als Folge oder Begleiterscheinung einer anderen Blutveränderung erscheint, kann als essentielle Thrombopenie bezeichnet werden; eine Bezeichnung, die von E. Frank (Breslau) eingeführt wurde. Nach ihm ist die durch Blutplättchenarmut hervorgerufene Neigung zu Blutungen scharf von den im wesentlichen durch Schädigung der Gefäßwände, in der Hauptsache durch infektiöse Einflüsse hervorgerufenen Purpuraformen zu trennen. In dem einen vom Verfasser mitgeteilten Fall, bei einem 41 jährigen Arzt, trat diese mit Thrombopenie einhergehende hämorrhagische Diathese im Anschluß an eine leichte Gehirnerschütterung auf. Hier wurde schnelle vorläufige Heilung erzielt nach mehrmaliger intravenöser Injektion von Coagulen

(jedesmal 4,5 ccm einer 3 proz. Lösung). Bei einem zweiten 53jährigen Kranken, bei dem die hämorrhagische Diathese schon einige Jahre bestand, führte die Exstirpation der Milz Besserung herbei. Verfasser bespricht im Anschluß an diesen Fall die Frage der Bedeutung der Milz für das Zustandekommen der Thrombopenie. Der Erfolg der Milzexstirpation bei der Thrombopenie ist nicht in allen Fällen gleich gut, auch ist er im allgemeinen nur vorübergehend. Auch bei der perniziösen Anämie ist die durch Milzexstirpation herbeigeführte Besserung keine bleibende. Wie dem auch sei, in manchen Fällen von Thrombopenie wird die Exstirpation der Milz für den Augenblick lebensrettend wirken, auch wenn der Erfolg nur vorübergehend ist; in weniger schweren Fällen reicht sie vielleicht aus, um ein Sinken der Blutplättchenzahl unter die kritische Grenze zu verhindern, bei der die Blutungsbereitschaft offenbar wird, und kann dadurch für das Schicksal des Kranken entscheidend werden.

Dr. **Fritz Rörig** (Bad Wildungen): **Behandlung der Koliinfektion der Harnwege mit Mutaflor.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 50.)

Mutaflor, ein Präparat aus Kolikulturen in Geloduratkapseln, wurde von Nissle für die Behandlung chronischer Darmerkrankungen empfohlen. R. berichtet nun in dieser vorläufigen Mitteilung, daß sich Mutaflor auch bei der Behandlung der Infektion der Harnwege mit Kolibazillen (Pyelitis, Zystitis) bewährt. R. läßt die betreffenden Kranken meist eine Kapsel täglich nehmen, daneben Mineralwasser trinken. Wie die mitgeteilten Krankengeschichten beweisen, verschwinden die Kolibazillen unter der Mutaflorbehandlung in wenigen Tagen aus dem Urin, welcher in kurzer Zeit sich klärt. Dieser Erfolg wurde erzielt, trotzdem es sich in fast allen Fällen um alte, chronische Infektionen handelte.

Prof. Dr. **Urban** (Hamburg): **Ueber torpide Geschwüre nach Schußverletzungen.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 50.)

Nach Schußverletzungen bleiben nicht selten torpide Geschwüre zurück, die durchaus keine Heilungstendenz zeigen. Allen üblichen konservativen Heilverfahren leisten sie hartnäckigen Widerstand. In der ersten Zeit des Krieges behandelte Verfasser geeignete Fälle dieser Art mit kräftiger Verschorfung durch den Paquelin'schen Glühbrenner, und brachte sie meist zur Heilung. Jetzt entfernt er die Geschwüre samt dem Grunde mit den kallösen Rändern radikal mit dem Messer und schließt die entstandene Lücke entweder durch Naht, oder, wo dies nicht möglich ist, mittels Deckung durch gestielte Lappen. Unter Umständen nimmt man Entspannungsschnitte zu Hilfe. Den ersten Verbandwechsel nehme man nach 1—2 Tagen vor. Ist die Wunde dann nicht ganz reaktionslos, so entferne man einige Nähte und behandle weiter mit feuchten Verbänden, unter täglichem Verbandwechsel oder Bäderbehandlung. Durch diese Methode hat U. zahlreiche torpide Geschwüre zur Heilung gebracht.

Prof. Dr. **J. Zappert** (Wien): **Ueber Kinder mit anhaltenden subfebrilen Temperaturen.** (Wiener med. Wochenschrift 1919, Nr. 50.)

Wenn Kinder im Schulalter längere Zeit hindurch subfebrile Temperaturen haben, und ohne deutliche Organveränderungen leichte Störungen des Allgemeinbefindens aufweisen, so wird gewöhnlich eine latente Tuberkulose angenommen. Nach Verfasser ist eine solche Annahme nur dann zulässig, wenn die Pirquet'sche Hautreaktion stark positiv ausfällt, oder wenn die Röntgenaufnahme des Brustkorbs unzweifelhafte, auf beginnende Lungentuberkulose deutende Befunde ergibt. Finden sich keine derartige, für Tuberkulose beweisenden Befunde, so soll man an andere mögliche Ursachen der Temperatursteigerung denken. So kann z. B. eine leichte Pyelo-Zystitis vorliegen, ferner eine latente Appendizitis, eine kongenitale Lues. Abgesehen von derartigen selteneren Ursachen der Temperatursteigerung kommen vor allem subakute Affektionen der Gaumentonsillen, der Rachenmandeln, des Pharynx und der Nase einschließlich der Nebenhöhlen in Frage. Besonders die chronsichen Tonsilleneiterungen sind häufig die Ursache der beobachteten Temperatursteigerungen. An alle diese Möglichkeiten muß man denken, durch entsprechende Behandlung gelingt es dann häufig, die subfebrilen Temperaturen zu beseitigen. Wo wirklich der Verdacht auf Tuberkulose berechtigt erscheint, ist selbstverständlich die erforderliche Behandlung einzuleiten.

Dr. **G. Praetorius** (Hannover): **Heilung einer Genitaltuberkulose durch Friedmannsche Vakzine.** (Deutsche med. Wochenschrift 1919, Nr. 51.)

Verfasser hatte Gelegenheit, bei einem 27jährigen Manne das Friedmann'sche Mittel anzuwenden. Es handelte sich um eine Tuberkulose des rechten Nebenhodens mit Beteiligung der rechten Samenblase und der Prostata; die Diagnose wurde nur klinisch gestellt: in dem leukozytenhaltigen Urin waren Tuberkelbazillen nicht nachweisbar. Es wurde eine Simultaninjektion gemacht; 0,5 „stark" in die Glutäalmuskulatur und 0,1 „schwach" intravenös. Nach der Einspritzung trat eine deutliche Reaktion mit Fieber bis 39,5° ein, nach Ablauf einer Woche völliges Wohlbefinden. Im Laufe der nächsten Wochen bildeten sich die Veränderungen im Nebenhoden, Prostata und Samenblase zurück, der Urin wurde klar, die subjektiven Harnbeschwerden sind zurzeit — etwa ½ Jahr nach der Einspritzung — völlig beseitigt, es bestehen nur noch narbige Reste der früheren Krankheitsherde. Verfasser hält den Fall für geheilt, soweit dies aus klinischen Symptomen allein feststellbar ist.

Dr. **Georg Krebs** (Leipzig): **Erfahrungen mit Terpentinölinjektionen nach Klingmüller bei akutem und chronischem Tripper.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 50.)

Verfasser behandelt neuerdings jede frische Gonorrhoe zunächst ohne Lokalbehandlung mit Injektionen von 20 proz. Ol. Terebinth. + 1 proz. Eucupin. Um Schmerzen zu vermeiden, muß die Injektionsnadel eben die Beckenschaufel berühren und das Oel direkt auf dieselbe deponiert werden; man muß also ganz lange, genügend weite Nadeln verwenden. Verfasser beginnt stets mit 0,5 ccm und geht dann sofort auf 1 ccm über. Zwischen den einzelnen Einspritzungen liegen Pausen von 3—5 Tagen. Irgendwelche unangenehmen Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet. Außer den Terpentininjektionen bekommen die Patienten zunächst innerlich Dr. Allendorffs Wildunger Tee und einige Kapseln mit bestem Schimmel'schen Sandelöl. Meist ist schon nach 2—3 mal 24 Stunden die vorher starke Entzündung und Schmerzhaftigkeit verschwunden und die starke Sekretion bedeutend zurückgegangen. Dann wurde am 4. oder 5. Tag mit der örtlichen Behandlung begonnen; vormittags eine Janetspülung mit Choleval (1,5—2:1500), nachmittags eine solche mit Sol. Kal. hypermang. (0,5:1500). Etwa 20 Proz. der so behandelten Patienten war schon nach 10 Tagen gonokokkenfrei, in den meisten Fällen war der Tripper in 3 Wochen geheilt. Bei den Patienten, bei denen aus äußeren Gründen die Spülbehandlung nicht durchführbar war, die sich daher selbst Injektionen machen mußten, erforderte die Heilung 5—6 Wochen. Bei Prostatitis und Epididymitis wendet K. neben den Terpentininjektionen eine hochwertige Gonokokkenvakzine (z. B. Arthigon extrastark) an; auch hier ist der Erfolg meist frappant. Ebensogut ist der Erfolg bei der nichtbakteriellen Urethritis, die Verfasser unter Ausschaltung jeder örtlichen Behandlung mit Terpentineinspritzungen in Intervallen von 4 Tagen und reichlich Wildunger Tee behandelt.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Aerztliche Gesellschaft für Mechanotherapie.

Erste Sitzung

am 10. Januar 1920.

Vorsitzender: Herr **Schütz** (Berlin).

Begrüßungsansprache des Vorsitzenden.

M. H.! Zu der zweiten Versammlung der jungen Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie erlaube ich mir, die hier erschienenen Mitglieder und Freunde im Auftrage des derzeitigen Vorstandes mit aufrichtiger Freude zu begrüßen. Unser besonderer Dank gebührt denen, die um herzugelangen die erheblichen Schwierigkeiten einer Reise, jetzt das Gegenteil von Annehmlichkeit und Erholung, mutig auf sich genommen und überwunden haben. Nicht minder aber sind wir denen, die in dieser niederdrückenden und wissenschaftlicher Arbeit abholden Zeit uns durch Darbietung von Vorträgen erfreuen und fördern wollen, zu Dank verpflichtet.

Daß wir an dieser durch so viele Erinnerungen an die sonnige Zeit vaterländischer Größe geweihten Stätte unsere Tagung abhalten dürfen, verdanken wir dem freundlichen Entgegenkommen der beiden Herren Kollegen, die in diesem Hause eine umfang- und segensreiche Tätigkeit entfalten, um die schweren Schäden, die das unheilvolle Völkerringen unseren verwundeten, unbesiegten Kriegern gebracht hat, zu lindern und zu heilen, so daß diese nach Menschenmöglichkeit ihrem Berufe und einem erwerbstätigen Leben wiedergegeben werden. Herrn Oberstabsarzt Dr. Sydow und Herrn Stabsarzt Dr. Böhm sei dafür unser verbindlichster, aufrichtiger Dank dargebracht. Endlich hat Herr Prof. Ernst Weber die Güte gehabt, auf den Wunsch des Vorstandes einzugehen und zugesagt, seine Methode der funktionellen Herzprüfung zu demonstrieren. Allerdings kann nur eine kleine Zahl von besonders hierfür interessierten Herren an dieser interessanten Darbietung teilnehmen.

M. H.! Es gehörte ein reichliches Maß von Optimismus dazu, unsere zweite Versammlung jetzt schon zu planen und zur Ausführung zu bringen. Auf Absagungen und ernstliche Behinderungen mußten wir von vornherein gefaßt sein; sie sind leider nicht ausgeblieben. Einen imposanten Eindruck nach außen hin können wir von unserer Tagung

nicht erwarten. Der übliche große Maßstab kann da nicht angelegt werden, und ein Vergleich mit den bekannten Kongressen der Vertreter von umfangreichen, vollentwickelten Sondergebieten der Heilkunde darf nicht gezogen werden. Das zarte Bäumchen, das einige Vertreter der Mechanotherapie vor 2 Jahren oben im Thüringer Walde pflanzten, ist aber doch ein gesunder, lebensfähiger Stamm, der sich als tragfähig und fruchtbringend erwiesen hat. An unsere erste Tagung können wir deshalb mit Freude und Befriedignug zurückblicken, und der Wunsch, mit nicht zu langem Zwischenraum die zweite folgen zu lassen, ist immer reger geworden.

So wollen wir denn frei von unangemessener Selbsteinschätzung, aber auch von übertriebener Bescheidenheit die persönlichen Beziehungen zu unserer gemeinsamen Arbeit heute wieder aufnehmen, wollen unter Rückblick auf einiges in ernster, unermüdlicher Arbeit Geleistete — hat doch ein erfahrener, an einflußreicher Stelle tätiger Truppenarzt uns Mechanotherapeuten als die Helfer und Retter in der Not bezeichnet — einen Einblick in den gegenwärtigen Stand unseres Arbeitsgebietes geben und endlich einen Ausblick auf die in der Folgezeit gestellten Aufgaben und die Entwicklung unserer Arbeitsmethoden gewinnen, soweit dies unter den gegenwärtigen Umständen und bei der Kürze der uns zur Verfügung stehenden Zeit möglich ist.

Mögen hierbei die Erwartungen der Teilnehmer unserer Tagung befriedigt werden und der Erfolg unserer gemeinsamen Arbeit uns in wissenschaftlicher wie in wirtschaftlicher Hinsicht fördern, damit die Leistungsfähigkeit unserer jungen Gesellschaft wachse und erstarke! Daß wir heute am Tage des Friedens, der von vielen Millionen ersehnt worden ist, mit unserer Arbeit wieder beginnen, wollen wir als ein gutes Omen für die Zukunft annehmen und damit in unsere Tagesordnung eintreten.

Ich erteile Herrn Hirsch das Wort zu seinem Bericht.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Riedel-Archiv 1919, Heft 1.

Gegen Ende des vorigen Jahres hat die Firma J. D. Riedel A.-G., Berlin, wieder ein Heft ihres während des Krieges selten erschienenen Riedel-Archivs herausgegeben.

Das neue Heft bringt zunächst ein Autorreferat von Dr. Prätorius, Hannover, über das von ihm erfundene und eigens für die Pyelographie hergestellte Präparat Pyelon. Die bei der Pyelographie erforderliche Füllung des Nierenbeckens wurde bisher mit Collargol vorgenommen, trotzdem im Laufe der Jahre 12 Todesfälle dieser sehr differenten, diagnostischen Methode zur Last gelegt werden mußten. Demgegenüber bedeutet das Pyelon einen wesentlichen Fortschritt, da es sich bisher als ein vollkommen unschädliches Präparat erwiesen hat. Dann finden wir eine für den Praktiker sehr interessante Zusammenstellung über die Verwendung des Hexals zur Unterstützung der Lokalbehandlung bei Gonorrhoe. Die zahlreichen aufgeführten Literaturstellen und die sonst angeführten Erfahrungen aus der Praxis lassen erkennen, daß wir in dem Hexal infolge seiner bakteriziden, adstringierenden und vor allem sedativen Wirkung ein ausgezeichnetes Präparat für diesen Zweck besitzen. Aus dem weiteren Inhalt ist eine Abhandlung von Geh. San.-Rat Dr. Riedel über die Polyurie und Referate über Hexal und Mergal zu erwähnen. Die „Mitteilungen aus der Praxis" bringen dann einige Aeußerungen aus Aerztekreisen über Salipyrin, die Givasan-Zahnpasta und Aperitol. Auch diesem Heft liegt eine Kunstbeilage in ausgezeichneter Ausführung, betitelt „Consilium medicum", bei.

V. Technische Fortschritte.

Verfahren zur Herstellung haltbarer Zahnpasten. D.R.P. 315 394. Auf der Basis der Wasserstoffsuperoxyd und Wasserstoffsuperoxyd enthaltenden festen Verbindungen unter Zusatz der für Zahnpasten üblichen Bestandteile, wobei als Flüssigkeit zur Zahnpastenbildung Alkohol verwendet wird. (Nach Elb G. m. b. H., Dresden.)

Das Problem, eine haltbare, beim Gebrauch Sauerstoff abspaltende Zahnpasta zu erhalten, ist durch dieses Verfahren in ebenso einfacher wie glänzender Weise gelöst. Das Verfahren ist deshalb bedeutungsvoll, weil sowohl Wasserstoffsuperoxyd wie Alkohol zu den besten bakteriziden Mitteln zählen, die wir kennen. Die an sich auflockernde Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds auf die Schleimhäute wird durch den Zusatz von Alkohol in wirksamster Weise parallelisiert.

Der Erfinder des Verfahrens müßte identisch sein mit dem Autor der „Biologischen Zahnreinigung", Hofrat Dr. Zucker, Dresden, welcher seinerzeit nachgewiesen hatte, daß die Unreinigkeiten des Mundes ausgezeichnete Katalysatoren darstellen, welche aus Sauerstoffverbindungen Sauerstoff freimachen und durch diesen Prozeß selbst geruchlos und aufgelockert werden, so daß sie mit Leichtigkeit beim Spülen mit Wasser entfernt werden können. Es wäre zu überlegen, ob dieser Prozeß nicht auch für die Wundbehandlung, insbesondere für die Behandlung eitriger Prozesse, neue Wege zeigen würde, da auch eitrige Sekrete Katalysatoren darstellen, während Alkohol ja bereits seit langem zur Wundbehandlung Anwendung findet. H.

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Die Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und der Vertretung der Groß-Berliner Kassenärzte wurden in der vorigen Woche fortgesetzt. Hauptgegenstand der Verhandlungen bildete die Frage des Systems der ärztlichen Versorgung. Die Vertreter der Krankenkassen wurden von den Aerzten ersucht, ihre Bedenken gegen die jetzige Form der organisierten freien Arztwahl mitzuteilen; die Aerzte werden, so wird gemeldet, den Krankenkassen Vorschläge über eine Verbesserung der Organisation der freien Arztwahl unterbreiten. Die Fortsetzung der Verhandlungen findet in der Woche vor Pfingsten statt.

Die preußische Landesversammlung stimmte einem Antrag des Ausschusses für Bevölkerungspolitik zu, der eine reichsgesetzliche Vorschrift verlangt, wonach Aerzte allgemein befugt sein sollen, über Krankheit und Behandlung der von ihnen behandelten Versicherten den Organen der reichsgesetzlichen sozialen Versicherung Auskunft zu erteilen.

Der Aerzteverein für Cöpenick und Umgebung hat folgende Entschließung bekannt gegeben: „Wird ein Arzt während einer revolutionären oder gegenrevolutionären Bewegung oder eines Generalstreiks, ohne daß er sich gegen die bestehenden Gesetze vergeht, verhaftet oder an der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit in gewaltsamer Weise gehindert oder an Eigentum und Gesundheit geschädigt, so stellen sämtliche Aerzte des Bezirks ihre Tätigkeit sofort ein. Jede Behandlung von Patienten, sowohl von Kassen- wie auch von Privatpatienten, selbst in schwersten Notfällen, wird so lange unterbleiben, bis die Bedrohung des betreffenden Arztes wieder beseitigt oder Sicherung zur Beseitigung des verursachten Schadens gegeben ist. Werden in Unruhezeiten Aerzte an der sachgemäßen Behandlung ihrer Kranken dadurch behindert, daß ihnen durch Stillegung des Wasserwerkes das Wasser entzogen wird, so stellen aus diesem Grunde, wie aus den für die Volksgesundheit entstehenden großen Gefahren, wie sie die Unterbindung der Wasserzufuhr und die Ausschaltung der Kanalisation mit sich bringt, sämtliche Aerzte zunächst örtlich, nötigenfalls im ganzen Bezirk, ihre gesamte ärztliche Tätigkeit so lange ein, bis die Versorgung mit Wasser wieder in normaler Weise erfolgt.

Potsdam. Nunmehr hat auch die Versammlung des Verbandes der Aerztevereine des Regierungsbezirks Potsdam beschlossen, sämtliche Kassenarztverträge auf Grund des § 626 BGB. soofrt fristlos zu kündigen. Die Verhandlungen zwecks Neuabschluß von Verträgen wurden allein dem Vorstand des Potsdamer Verbandes übertragen, der gemeinsam mit den Vertretern der Aerzte des Regierungsbezirks Frankfurt a. O. und der Aerztevertretung Groß-Berlins mit den Kassenorganisationen verhandeln soll.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Die Zahl der weiblichen Studierenden an den deutschen Universitäten beträgt gegenwärtig 7724, davon studieren Medizin 2080, Zahnheilkunde 200, Pharmazie 16. Vor 5 Jahren waren die entsprechenden Zahlen 944, 65 und 16.

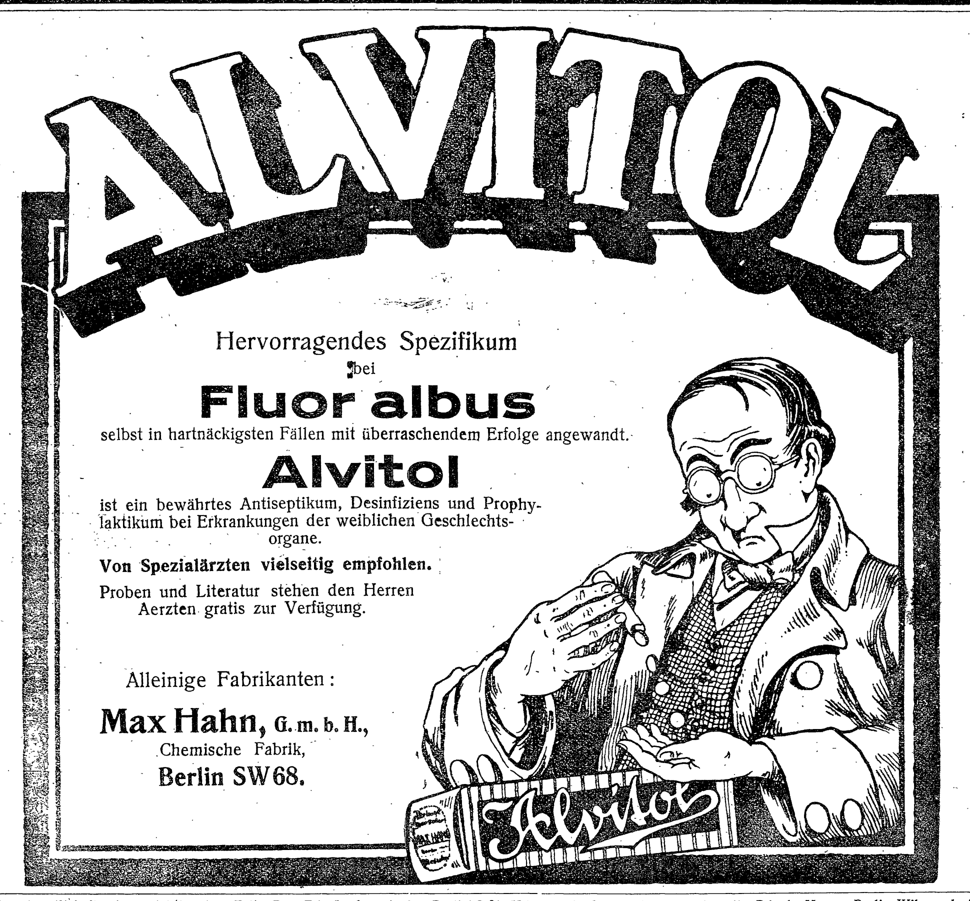
Halle a. S. Für das durch die Uebersiedelung des Prof. Oskar Gros nach Köln erledigte Ordinariat für Arzneimittellehre ist Prof. Dr. Paul Trendelenburg (Rostock) in Aussicht genommen.

Breslau. Der Schularzt Dr. Samelson habilitierte sich als Privatdozent für Kinderheilkunde.

Frankfurt a. M. Der Direktor der hiesigen medizinischen Universitätsklinik Prof. Dr. Schwenkenbecher wurde nach Marburg versetzt; seine Stelle übernimmt der Marburger Kliniker Prof. Gustav von Bergmann. Professor Walthard, der Direktor der hiesigen Universitätsfrauenklinik, wird der Berufung als Professor der Gynäkologie und Direktor der Universitätsfrauenklinik in Zürich Folge leisten. Der um die Entwicklung der Röntgentechnik hochverdiente Direktor der Veifa-Werke Dr. phil. nat. Ingenieur Friedrich Dessauer, bekannt durch zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen, wurde zum ordentlichen Honorarprofessor in der naturwissenschaftlichen Fakultät ernannt.

Würzburg. Der Privatdozent Dr. Flury wurde zum ordentlichen Professor der Pharmakologie (als Nachfolger des Prof. Faust) ernannt.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.



Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang Berlin, 22. Mai 1920 No. 21

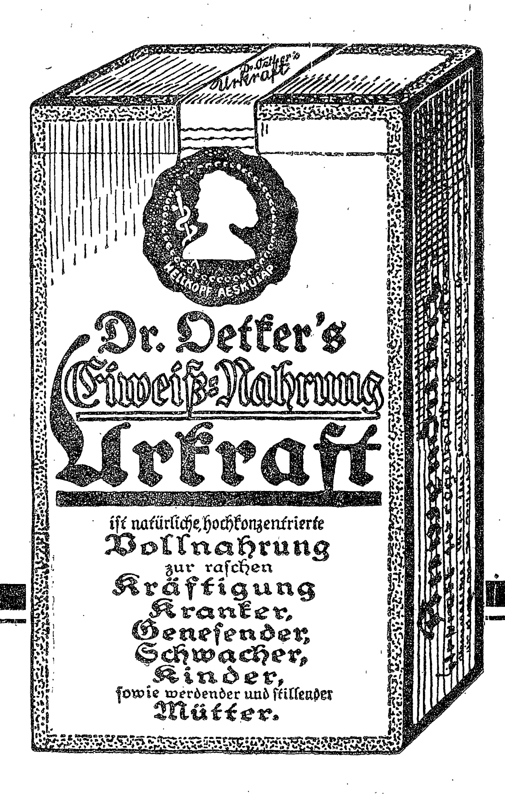
10, 5
144
15

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.



Aus dem Gutachten des öffentl. Lab. von Dr. Aufrecht, Berlin:

Bakteriologischer Befund:

Kulturversuche haben ergeben, daß die Probe frei von schädlichen Mikroorganismen war.

Chemischer Befund:

Wasser	7,88 %
Stickstoffsubstanz	67,96 %
Fett (Aetherextrakt)	2,80 %
Lösliche Kohlenhydrate	19,12 %
Unlösliche Kohlenhydrate	0,52 %
Rohfaser	0
Asche	1,72 %
Phosphorsäure	0,46 %
Von der Stickstoffsubstanz erwiesen sich als verdaulich	88,2 %

Nach diesem Befund halte ich die Probe für ein beachtenswertes Präparat. Es ist besonders gekennzeichnet durch den hohen Gehalt an leichtverdaulichen Eiweißstoffen, besitzt bei sachgemäßer Aufbewahrung eine gute Haltbarkeit und gibt, mit Wasser oder Milch angerührt und aufgekocht, eine schmackhafte Speise von reinem, mildem Geschmack. In hygienischer Beziehung gibt sie zu einer Bemängelung keinen Anlaß.

Kostenfreie Muster stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Trocknungs-Werke Oetker & Co., G. m. b. H., Bielefeld

89. Jahrgang | Berlin, 22. Mai 1920 | No. 21

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 8302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber Herbst-, Winter- und Frühjahrskuren in Deutschland.*)

Von Geh. San.-Rat Prof. Dr. H. Strauß in Berlin.

Für zahlreiche Kranke, ganz besonders aber für Lungenkranke, hat der unglückliche Ausgang des Krieges einen großen Teil der früher möglich gewesenen Erholungskuren erschwert oder gänzlich unmöglich gemacht. Zum mindesten gilt dies für zahlreiche Kuren, welche ein warmes Klima erforderlich machen. Suchten doch viele Kranke, speziell Lungen-, Herz- und Nierenkranke sowie auch Rheumatiker, Gichtiker und Rekonvaleszenten von akuten Krankheiten in früheren Zeiten, falls die Mittel es irgendwie erlaubten, im Spätherbst und Vorfrühling ein südliches Klima auf, um den schädlichen Wirkungen der nordischen Witterung auf ihre Krankheit zu entgehen. Ihnen gesellte sich außerdem noch eine ganze Schar von Erholungsbedürftigen zu, die im sonnigen Süden neue Kräfte zu gewinnen suchten. Für all diese Patienten sind durch die nunmehr völlig veränderten Verhältnisse große Schwierigkeiten entstanden. Gewiß werden schon in absehbarer Zeit die im Ausland gelegenen Kurorte der Aufnahme von Angehörigen der Mittelmächte keine nennenswerten Schwierigkeiten bereiten, es werden aber doch nicht so bald die Schwierigkeiten aus dem Wege geräumt werden können, die auf anderen Gebieten liegen. Zu jeder Erholung gehört auch psychische Euphorie. Nicht jeder kann sich sofort psychologisch mit einem Aufenthalt in einem vor kurzem noch feindlich gewesenen Ort abfinden. Dazu kommen vorerst außerdem noch die Schwierigkeiten der Reise, welche durch die gänzlich veränderten Verkehrsverhältnisse bedingt sind. Ich will hier nur an die Gefahr erinnern, lange Strecken in ungeheizten und eventuell sogar defekten Eisenbahnwagen zurücklegen zu müssen, und — was vielleicht ebenso wichtig ist — die Kostenfrage. Wenn ich nur das Wort „Valuta" nenne, das ja auch für das neutrale Ausland gilt, kann ich mir in Bezug auf letzteren Punkt ein Eingehen auf Einzelheiten ersparen. Dies alles legt es nahe, einmal die Frage zu erörtern, ob und inwieweit wir in der Lage sind, im eigenen Lande einen Ersatz für die früher gern und häufig gemachten Reisen nach dem Süden zu finden. Da diese Frage aber in eine große Reihe von Unterfragen zerfällt und da diese m. E. in ihren Einzelheiten nur durch eine eingehende Aussprache und nach verschiedenen Richtungen hin nur an der Hand eines speziellen Studiums erörtert werden kann, so möchte ich hier nur einige Punkte aus dem großen hier vorliegenden Gebiete zum Gegenstand einer kurzen Betrachtung machen.

Zunächst müssen wir feststellen, daß der traurige Abschluß des Krieges uns auch auf dem vorliegenden Gebiete zu weitgehenden Einschränkungen zwingt. Dies gilt mehr für die zahlreichen Fälle von Lungen-, Herz- und Nierenerkrankung sowie für Rheumatiker und Gichtkranke, welche früher zur schlechten Jahreszeit nach dem Süden wanderten, als für diejenige Gruppe von Kranken, die wir Erholungsbedürftige im engeren Sinne nennen wollen. Denn es läßt sich für letztere nach manchen Richtungen hin ein Ersatz darin finden, daß die Betreffenden ihre Erholungszeit verschieben, indem sie statt einer Kur im Herbst oder im Vorfrühling eine Winterkur anwenden. Wir haben uns immer mehr davon überzeugt, daß auch im deutschen Gebirge die Winterkuren für Erholungsbedürftige außerordentlich Wertvolles leisten, und es sind solche Kuren infolgedessen in den beiden letzten Jahrzehnten immer mehr in Gebrauch gekommen. Nicht bloß die sportliebende Jugend, sondern auch die weniger aktiven reiferen Jahrgänge und sogar auch ältere Leute haben sich in den letzten Jahren immer mehr an Winterkuren gewöhnt und von ihnen Nutzen gewonnen. Deshalb sollte dieses Erfrischungsmittel noch weit mehr als bisher zur Anwendung gelangen, und es sollten die Aerzte noch viel mehr als bisher eine Aufklärung über die Bedeutung solcher Winterkuren in weite Kreise des Publikums tragen. Es sollten sich ferner die Aerzte noch mehr als bisher dafür einsetzen, daß an geeigneten Orten für entsprechende Unterkunfts- und speziell auch Heizungsmöglichkeiten gesorgt wird, und daß in Winterkurorten ähnlich wie in Sommerkurorten auch ärztliche und sonstige Fürsorge für die Kranken bereitgestellt wird. Da bei Gebirgskuren ein wesentlicher Faktor in der Höhenlage gegeben ist, weil die Besonnungsdauer bzw. der Nebelreichtum in enger Abhängigkeit von der Höhenlage steht, so dürfte sich m. E. noch manches hochgelegene Gasthaus, dessen Ruf für die Sommerzeit schon festbegründet steht — ich denke u. a. besonders an das Schlesische Gebirge und an den Schwarzwald —, durch entsprechende Vorkehrungen ohne allzugroße Schwierigkeiten für den Winterbetrieb einrichten lassen. Für gar manchen Patienten aus der hier zur Erörterung stehenden Gruppe kommt auch ein Winteraufenthalt an der See zur Erwägung. Obwohl über diese Frage gerade in den letzten Jahren mehrfach diskutiert worden ist, wäre diese Frage für die Verhältnisse in Deutschland noch weiter zu erörtern. Die ärztlichen Erfahrungen über die Wirkung von Winterkuren im Gebirge und an der See beziehen sich besonders, wenn auch nicht ausschließlich, auf Tuberkulöse, und es ist gerade über die Wirkung der Winterkuren auf den Verlauf der Tuberkulose sehr viel Rühmendes gesagt worden. Da aber die Wirkung solcher Kuren bei Tuberkulösen der Hauptsache nach in einer Anregung des Stoffwechsels sowie in einer allgemeinen Stimulierung der vitalen Kräfte besteht, so dürften die bei Tuberkulösen gemachten Erfahrungen ganz allgemein als eine Diskussionsbasis für die Beurteilung von Winterkuren überhaupt gelten. Wenn auch die hier ins Auge gefaßten Winterkuren nur für einen Teil von Erholungsbedürftigen dasjenige bieten, was Herbst- und Vorfrühlingskuren im Süden zu leisten vermochten, so

*) Vortrag gehalten auf dem 36. Balneologen-Kongreß in Berlin.

ist doch für die Vertreter der hier ins Auge gefaßten Krankheitsgruppen eher für einen Ersatz gesorgt als für die Vertreter derjenigen Krankheitsgruppen, bei welchen ein warmes Klima einen essentiellen Heilfaktor darstellt. Denn das ist ohne weiteres klar, daß von den Rheumatikern, Gichtikern und Nierenkranken nur ein kleiner Teil und von den Herzkranken, Emphysematikern und chronischon Bronchitikern nur eine begrenzte Zahl von Fällen in einer Winterkur einen Ersatz für den Heilfaktor finden kann, den ein südliches Klima zu liefern vermag. Infolgedessen wird gerade diese Gruppe von Kranken durch die veränderten Verhältnisse am härtesten betroffen, und es bleibt einer sehr großen Zahl von Vertretern der hier genannten Krankheitsgruppe z. Zt. nichts anderes übrig als im Herbst, Winter und Vorfrühling am häuslichen Herde zu verweilen. Um so dringlicher erhebt sich darum gerade für diese Fälle die Frage, was im Rahmen der uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten im Frühling — ich will zunächst einmal vom Herbst ganz absehen — für die Vertreter dieser Gruppen geschehen kann. Denn es wäre schon ein großer Gewinn für diese Kranken, wenn wir die Dulderzeit, zu welcher sie im Winter und Vorfrühling verurteilt sind, wenigstens um etwas abkürzen können. Wenn wir uns deshalb die Frage vorlegen, wie es mit dem Frühlingsbeginn in Deutschland steht, so ist zunächst zu bemerken, daß in Deutschland der Frühling nicht an allen Stellen gleichzeitig beginnt. Der Frühjahrsbeginn hängt von verschiedenen Faktoren ab, und es lassen sich exakte Werte für den Frühjahrsbeginn nicht durch physikalische Daten allein feststellen, weil der Frühlingsbeginn an einem bestimmten Ort von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängig ist. Wir besitzen allerdings in dem zeitlichen Eintritt der Blütezeit bestimmter Pflanzen einen Maßstab, der uns für die klimatische Bewertung bestimmter Orte wertvolle Anhaltspunkte zu liefern vermag. Solche „phänologische" Feststellungen sind von H. Hoffmann, Staub, Ziegler, Drude u. a. und vor allem von Ihne geliefert worden, welch letzterer seine Untersuchungen in Petermanns Mitteilungen Bd. 51, 1905 (nebst einer phänologischen Karte des Frühlingseinzuges in Mitteleuropa), ferner in einer Monographie „Phänologische Karte des Frühlingseinzuges im Großherzogtum Hessen" sowie in verschiedenen anderen Mitteilungen niedergelegt hat. Ihne hat als Kriterium des Frühlingseinzuges viele Jahre hindurch an bestimmten Orten die Aufblütezeit bestimmter Pflanzen, so speziell von Johannisbeere, Schlehe, Kirscharten, Birne, Kastanie, Nägelchen, Weißdorn, Goldregen, Eberesche, Quitte ermittelt und auf Grund dieser Erhebungen phänologische Karten angelegt.

Unter Zugrundelegung des Beginnes der Apfelblüte unterscheidet Ihne 5 Frühlingszonen:

erste Zone 22.—28. April = sehr früher Frühlingsbeginn,
zweite Zone 29. April—8. Mai = früher Frühlingsbeginn,
dritte Zone 6.—12. Mai = mittlerer Frühlingsbeginn,
vierte Zone 13.—19. Mai = später Frühlingsbeginn,
fünfte Zone 20.—26. Mai = sehr später Frühlingsbeginn.

Es interessiert uns nun, daß sich die erste Zone in der Oberrheinischen Tiefebene, dann im Rheintal abwärts bis etwa Düsseldorf, im Moseltal und im unteren und mittleren Nahetal und im Neckartal bis gegen Cannstatt findet. Besonders begünstigt erscheinen Landstriche am Ostabhange der Haardt, am Westabhang der Bergstraße und des Schwarzwaldes, das Rheintal bis Rolandseck, sowie der westliche Teil des Rheingaues. Im allgemeinen, aber nicht durchwegs, fällt die erste Zone mit den Gebieten des Weinbaues zusammen. Eine Ausnahme machen allerdings das mittlere Maintal und die Weinbaugegenden in der Provinz und im Königreich Sachsen. Besonders interessiert dabei, daß bei gleicher Betrachtung der Frühlingseinzug in Arco, Bozen und Riva auf den 11.—14. April fällt, also nur etwa 11—12 Tage früher, als dies für die erste Zone zutrifft. Die zweite Zone finden wir in der nördlichen Wetterau, der östlichen Maintiefebene, am nördlichen Abhang des Odenwaldes, im Gebiete des mittleren Neckar und der hier mündenden Nebenflüsse, in der Nord- und Westpfalz, der südwestlichen Rheinprovinz sowie in der Kölner und Münsterländer Tiefebene, an der mittleren Weser und an der unteren Werra und Fulda, am mittleren Main, an der unteren Tauber, an der mittleren Pegnitz und unteren Regnitz, im Saaletal in der Nähe der Unstrutmündung, in der Gegend des Bodensees in streifenförmiger Anordnung. Wir haben also in Deutschland, speziell in Süddeutschland, eine Reihe von Stellen, die zwar nicht so früh als jenseits der Alpen den Frühling darbieten, aber doch einige Wochen früher, als dies für die Mehrzahl der in Norddeutschland gelegenen Gegenden zutrifft. Selbstverständlich gelten die hier gemachten Angaben nur für bestimmte Gegenden, und es ist das Klima eines bestimmten Ortes auch noch von der Höhenlage, von der Himmelsrichtung und von verschiedenen anderen Faktoren abhängig. Es ist deshalb Aufgabe spezieller Feststellungen, für ganz bestimmte Orte noch die Eignung für klimatische Kuren festzustellen. Bei unseren derzeitigen wirtschaftlichen Verhältnissen wird es zunächst auch weniger darauf ankommen, neue Kurorte zu schaffen, als bereits bestehende Sommerkurorte den besonderen Zwecken von Frühjahrskuren anzupassen. Dies dürfte für gar manche durch ihr Klima als geeignet erscheinende Orte ebensogut gelingen, als die Einrichtung von Winterkuren erfolgreich in Gebirgskurorten durchgeführt wurde, in welchen früher nur Sommerkuren üblich waren. Diese Aktion kann nicht ohne die Mitwirkung von Aerzten geschehen, und deshalb habe ich mir erlaubt, diese Frage hier zur Besprechung zu stellen. Es wäre auch zu erörtern, ob sich nicht manche von den als geeignet erscheinenden Orten auch für Kuren im Vorfrühling und im Herbst eignen. Mit Rücksicht auf die große Bedeutung, welche die vorliegende Frage besitzt und mit Rücksicht auf eine Reihe von Erhebungen, die zu ihrer Erörterung noch nötig sind, hat der Ausschuß außerdem noch beschlossen, als Preisaufgabe der Brock-Stiftung für das nächste Jahr das Thema zu stellen. Es dürfte aber im Interesse der Sache liegen, wenn über die Frage jetzt schon eine Aussprache stattfinden würde.

(Aus dem Kreiskrankenhause zu Bernau.)

Ein Beitrag zur medikamentösen Therapie der Lungentuberkulose.

Von San.-Rat Dr. Curt Stern, Chefarzt.

Seitdem von Sommerbrodt das Kreosot in die Behandlung der Lungentuberkulose eingeführt wurde, ist man neben der spezifischen und physikalisch-diätetischen Behandlungsmethode immer wieder darauf zurückgekommen. Und in der Tat wird der Praktiker oft beim Kreosot eine sowohl antikatarrhalische, wie das Allgemeinbefinden bessernde Wirkung gefunden haben. Oft regt es auch unzweifelhaft den darniederliegenden Appetit an. In anderen Fällen jedoch wird Kreosot seiner ätzenden Eigenschaften wegen vom Magen schlecht vertragen, weshalb ständig an der Herstellung gut verträglicher Kreosotpräparate gearbeitet wird. So erfreuen sich von Kreosotverbindungen u. a. das Kreosotal und Pneumin, ferner das Guajakol und seine Verbindungen Benzosol, Duotal, Styracol, Thiocol u. a. m. einer nicht ungerechtfertigten Beliebtheit bei Aerzten und ihren Kranken. In der letzten Zeit hat die Firma Ploetz & Co. ein Präparat „Rotolin-Pillen" in den Handel gebracht, das mir sowohl vom pharmakologischen, wie therapeutischen Standpunkt aus recht glücklich zusammengesetzt scheint. Die „Rotolin-Pillen" bestehen als Ausgangsmaterial aus Buchenholzteer, der durch ein besonderes Reinigungsverfahren von den die Verdauungsorgane oft schädigenden ätzenden Stoffen befreit wird, und aus dem auf diese Weise ein besonders reines Teerpräparat gewonnen wird, welches alle wirksamen Bestandteile des Kreosots enthält. Dieses Teerpräparat wird zur Erhöhung der Wirksamkeit noch kombiniert mit bestem Lecithin. Die Wirkung des Lecithins zur Hebung der Körperkräfte durch bessere Ernährung der Zelle ist bekannt. Ferner bestehen die Rotolin-Pillen aus Benzoesäure, die sowohl die Expektoration befördert, als auch als Bakteriengift das Fieber herabsetzt, ferner aus Süßholzwurzel, welche, wie in der Lakritze und dem Brustthee, den Hustenreiz mildert, sodann aus der schon von den Griechen als Hustenmittel gegebenen Eibischwurzel und endlich noch aus verschiedenen mineralischen Bestandteilen. Gerade in der Kombination dieser verschiedenen wirkungsvollen Bestandteile scheint mir ein großer Vorzug der Rotolin-Pillen zu liegen, da ja bekanntlich nach neueren Forschungen durch Kombinierung die Wirksamkeit der einzelnen Präparate erhöht wird. Ich habe nun im letzten halben Jahre in dem mir unterstellten Krankenhause sowohl klinisch wie poliklinisch, ebenso in der Tuberkulose-Fürsorgestelle zu Bernau die Rotolin-Pillen in zahlreichen Fällen von Lungentuberkulose aller Stadien, bei akuten und chronischen Bronchitiden, bei Emphysem, bei Laryngitis, bei krupöser Pneumonie, bei putrider Bronchitis und Bronchiektasie mit meist sehr gutem Erfolge angewendet. Selbst bei längerer Darreichung habe ich niemals Störungen von seiten des Magen-Darmkanals gesehen, im Gegenteil, oft hob sich der Appetit, das Gewicht der Kranken nahm zu, neben Besserung des Allgemeinbefindens kam es oft zur Besserung, in den leichteren Fällen zur Heilung des lokalen Krankheitsprozesses. Die Pillen werden am besten (dreimal täglich je 2 Pillen) nach dem Frühstück, dem Mittag- und Abendbrot mit ein wenig Wasser genommen.

Aus der Fülle der Krankengeschichten möchte ich folgende als Beweis für die Güte der Rotolin-Pillen hervorheben.

Frl. D. B., 20 Jahre alt, Dienstmädchen, wird wegen starken Hustens von ihrer Herrschaft dem Krankenhause

zugeführt. Die ältere Schwester ist vor zwei Monaten an Lungenschwindsucht gestorben. Patientin klagt über Husten, Auswurf, Nachtschweiße. Die Untersuchung der Lungen ergibt: L. V. Dämpfung bis herab zum unteren Rand der 2. Rippe, im Bereich der Dämpfung abgeschwächte Einatmung von broncho-vesikulärem Klange, verlängerte Ausatmung. Bei tiefem Luftholen und nach Anhusten vereinzelt feinblasige Rasselgeräusche. H. L. ebenfalls Dämpfung bis zur Schulterblattgräte, abgeschwächte Einatmung, verlängerte Ausatmung. — Herz normal, Puls 96 in der Ruhe. Im schleimig-eitrigen Auswurf konnten keine Tuberkel-Bazillen gefunden werden. Diagnose: Linksseitige, geschlossene Lungentuberkulose. Therapie: Gute Ernährung, Abreibungen mit Essigwasser abends und morgens, dreimal täglich je 2 Rotolin-Pillen. Bei dieser Verordnung wurde das Allgemeinbefinden bald vortrefflich, die abendlichen Temperatursteigerungen — in den ersten 14 Tagen bis 37,8° im Munde — hörten auf, ebenso der Gewichtsverlust und die Nachtschweiße. Bei der Entlassung aus dem Krankenhause nach 3 Monaten konnte ich folgendes feststellen: Vorn und hinten links nur noch leise verkürzter Klopfschall, Atemgeräusch normal, kein Auswurf mehr, kein Husten, keine Nachtschweiße. Allgemeinbefinden sehr gut, Gewichtszunahme 5 Kilo, Puls voll in der Ruhe 72. Patientin ist geheilt, soll sich noch alle Monat vorstellen.

Mit demselben Erfolge habe ich in dem folgenden Falle Rotolin-Pillen bei einem Kinde, das in ambulatorischer Behandlung war, angewendet:

Else L., 9 Jahre alt, Vater an Lungenschwindsucht gestorben. Das Kind ist skrophulös, hochgradige Schwellung der Halsdrüsen, klagt über Husten. Die Untersuchung ergibt Dämpfung der linken Lungenspitze, vorn bis zum unteren Rand der 2. Rippe, hinten bis an die Schulterblattgräte. Im Bereich der Dämpfung abgeschwächte Einatmung, verlängerte Ausatmung. Verordnung: Dreimal wöchentlich 1 Soolbad, dreimal täglich je 2 Rotolin-Pillen. Nach Verlauf von 6 Wochen sind die Drüsenschwellungen stark zurückgegangen, die Dämpfung hat sich vollkommen aufgehellt, auch die Atmungsgeräusche sind normal. Das Kind bleibt noch in Beobachtung.

Auch in bereits weiter vorgeschrittenen Fällen von Lungentuberkulose 2. Grades haben mir die Pillen, wenn auch keine Heilung, so doch deutliche Besserung gebracht:

Otto M., Soldat, wird wegen Fiebers und Bluthustens in das Krankenhaus eingeliefert. Patient klagt über starken Reizhusten, der zunächst nur mit Morphium gemildert werden kann. Nach zwei Tagen steht die Blutung, die nunmehr erst erfolgende Untersuchung ergibt eine deutliche Dämpfung R. V. bis herab zur 3. Rippe, hinten bis 1 Querfinger breit unterhalb der Schulterblattgräte, im Bereich der Dämpfung ulsikulär-bronchiales Atemgeräusch, mittelzahlreiche kleinblasige Rasselgeräusche. Auch L. V. und H. verkürzter Klopfschall. Starker Nachtschweiß, Pat. will in den letzten Monaten stark an Gewicht abgenommen haben. Verordnung: Abreibungen mit Essigwasser, dreimal täglich je 2 Rotolin-Pillen. In den nächsten 12 Tagen keine wesentliche Besserung, immer abendliche Temperatursteigerung bis 38°, Appetitmangel und blutige Streifen im Auswurf, in welchem mittelzahlreiche Tuberkel-Bazillen gefunden werden. Nach den ersten 2 Wochen ändert sich aber das Bild: Pat. bekommt Appetit, das Allgemeinbefinden bessert sich, Nachtschweiße lassen nach, die Temperatur wird normal, das Sputum, in dem nur nach längerem Suchen noch geringe Mengen von Tuberkel-Bazillen nachgewiesen werden können, wird leicht entleert und enthält kein Blut mehr. Nach Verlauf von 2 Monaten kann der Kranke als „gebessert" entlassen und einer Heilstätte überwiesen werden. Er hat während seines Aufenthaltes im Krankenhause 5 Kilo an Gewicht zugenommen. Die Untersuchung der Lungen ergibt noch die Dämpfung rechts vorn und hinten, die Rasselgeräusche sind verschwunden, sonst ist der objektive Befund rechts noch unverändert. Links vollkommen normale Verhältnisse.

Auch im dritten Stadium der Lungentuberkulose haben die Pillen oft den armen Kranken insofern geholfen, als sie die Expektoration erleichterten, den Reizhusten milderten und das hohe Fieber herabsetzten. Ich führe folgende zwei Beispiele an:

Frau M. L., 32 Jahre alt, kommt mit hohem Fieber (abends bis 40°), starken Nachtschweißen und Reizhusten in das Krankenhaus. Letzterer ist so stark, daß die Nachtruhe vollständig gestört ist, nach Morphium sofortiges Erbrechen. Sie „habe schon verschiedene Mittel angewendet, könne aber den Schleim nur sehr schwer und mit größter Anstrengung aushusten". Die Kranke ist vollkommen abgemagert. L. V. und H. starke Dämpfung, vorn bis zum unteren Rand der 2. Rippe, hinten bis 2 Querfingerbreite unterhalb der Schulterblattgräte. V. L. unterhalb der 2. Rippe eine etwa 3 Markstück große Kaverne nachweisbar. Im Bereich der Dämpfung Bronchial-Atmen, zeitweise mittelblasige Rasselgeräusche. Auch R. V. und H. bis zum unteren Rand der 2. Rippe bzw. bis zur Schulterblattgräte Dämpfung, abgeschwächte Einatmung und verlängerte Ausatmung. Im schleimig-eitrigen Auswurf zahlreiche Tuberkel-Bazillen. Verordnung: Feuchte Packungen, dreimal täglich je 2 Rotolin-Pillen. Schon nach 8 Tagen erklärt die Kranke, sie fühle sich wohler, da sie besser aushusten könne und auch nachts schon einige Stunden schlafe. Im weiteren Verlauf der Behandlung nimmt das Fieber ab, die Kranke hat jetzt nur noch abendliche Steigerungen bis 38,5°, der Appetit hat sich etwas gehoben, auch die Menge des Sputums, das leicht expektoriert wird, ist geringer geworden. Die Kranke fühlt sich wohler und hat wieder etwas mehr Lebensmut. Objektiv hat sich der Befund wenig geändert, nur sind die Rasselgeräusche geringer geworden. Die Kranke befindet sich zurzeit noch im Krankenhause in Behandlung.

Frau F. K., 21 Jahre alt, ist bereits seit 7 Jahren tuberkulös, seit 3 Jahren leidet sie auch an Tuberkulose des Kehlkopfs. Sie ist vollkommen abgemagert (Gewicht 40 Kilo mit Sachen!), hat abends Fieber (bis 40°), Schluckbeschwerden, besonders aber wird sie oft stundenlang von furchtbarem Reizhusten geplagt, der ihr die Nachtruhe raubt. Objektiv stelle ich fest: Starke Dämpfung links, vorn bis zur Herzdämpfung, hinten bis zum unteren Rande der 5. Rippe. Im Bereich der Dämpfung Bronchialatmen, besonders hinten mittelzahlreiche Rasselgeräusche. Auch rechts vorn und hinten Dämpfung, vorn bis zum unteren Rand der 3. Rippe, hinten bis 2 Querfingerbreite unterhalb der Schulterblattgräte. Im Bereich der Dämpfung broncho-vesikuläres Atmen, vereinzelte feinblasige Rasselgeräusche. — Starke Schwellung des linken Aryknorpels, tuberkulöses Geschwür auf dem linken Stimmband. Im Sputum zahlreiche Tuberkelbazillen. Während der bereits jahrelang dauernden Krankheit scheint der gegen Tuberkulose empfohlene Heilschatz erschöpft zu sein: Gegen den die sonst geduldige Patientin besonders quälenden Reizhusten, der sie zur Raserei treibt, werden Ipecacuanha, Senega, Apomorphin ohne Erfolg gegeben, Morphium wird nicht vertragen und sofort ausgebrochen. Das ulcus des Stimmbandes wird mit Milchsäure geätzt, eine Vernarbung tritt nicht ein. Da greife ich in meiner Verzweiflung zu den Rotolin-Pillen, und es tritt zu meiner eigenen Ueberraschung nach Verlauf von einer Woche ein Umschwung zum Besseren ein. Der Reizhusten läßt nach, tritt zwar noch einige Male am Tage auf, ist aber nicht so heftig und dauert nicht mehr so lange. Die Expektoration geht leichter vor sich, die Schluckbeschwerden werden geringer. Das abendliche Fieber sinkt bis auf 38,6°, das Kehlkopfgeschwür beginnt zu vernarben. Patientin, die sich noch im Krankenhause befindet, nimmt die Pillen jetzt bereits 6 Wochen lang, ohne daß sich Reizerscheinungen von seiten des Magens eingestellt hätten. Der objektive Lungenbefund ist noch unverändert, jedoch ist die Kranke glücklich, auch nachts 6—7 Stunden nicht zu husten und schlafen zu können.

Wird die Hauptindikation für Anwendung der Rotolin-Pillen auch stets die Lungentuberkulose sein, so haben die Pillen auch bei anderen Erkrankungen der Respirationsorgane mir gute Dienste geleistet. Auch hierfür einige Beispiele:

J. K., 18 Jahre alt, leidet seit einigen Tagen an heftigem Husten und wird deswegen dem Kreiskrankenhause überwiesen. Die Untersuchung ergibt überall normalen lauten und vollen Klopfschall, vorn und hinten beiderseitig zahlreiche bronchitische Geräusche. Diagnose: Akuter Luftröhrenkatarrh. Verordnung: Dreimal täglich je 2 Rotolin-Pillen, nachts feuchte Packung. Bei dieser Verordnung wird in den ersten Tagen viel Schleim leicht entleert, nach Verlauf einer Woche läßt die Schleimentleerung nach, nach 14 Tagen hustet Patient nicht mehr. Auch die Auskultation ergibt keine bronchitischen Geräusche mehr. Pat. wird als geheilt entlassen.

Auch bei chronischer Bronchitis, die bereits zu Lungenemphysem geführt hat, haben mir die Pillen oft gut genützt. Ich führe folgenden Fall an:

E. B., 62 Jahre alt, Arbeiter, hustet seit mehreren Jahren. In der letzten Zeit haben sich die Hustenanfälle so stark gesteigert, daß der Nachtschlaf vollkommen aufgehoben ist und er gezwungen ist, das Krankenhaus aufzusuchen. Der Klopfschall ist über den Lungen laut und voll, die untere Lungengrenze wenig verschieblich. Die Herzdämpfung ist nicht herauszuerkutieren, da das Herz fast vollkommen von Lungengewebe überlagert ist. Es besteht also starkes Emphysem. Pat. erhält feuchte Packungen und dreimal täglich je 2 Rotolin-Pillen. Nach Verlauf von 4 Tagen läßt der Husten etwas nach, Pat. kann des Nachts einige Stunden schlafen, nach Verlauf von weiteren 14 Tagen haben sich die Hustenanfälle der Zahl nach stark vermindert, ihre Heftigkeit hat sich so gemildert, daß der Patient als „gebessert" das

Krankenhaus verläßt. Er wird die Rotolin-Pillen weiter gebrauchen.

Auch einen Fall von akuter Laryngitis führe ich an.

Knabe C. B., 8 Jahre alt, wird von der Mutter der Poliklinik zugeführt, da er seit einigen Tagen heiser wäre, „wie ein Hund belle" und auch über Atemnot klage. Die Untersuchung ergibt eine Rötung und Schwellung der oberen Luftwege, die Stimmbänder sind gerötet, die ganze Kehlkopfschleimhaut ist gerötet und mit gelbem, zähem Schleim belegt. Verordnung: Prießnitz'sche Umschläge um den Hals, dreimal täglich je 2 Rotolin-Pillen. Der Knabe expektoriert nach dieser Verordnung stark und wirft leicht einen gelblich-grünen Schleim aus. Nach Verlauf von 4 Tagen läßt die Heiserkeit, der bellende Husten und der Auswurf nach, um nach 8 Tagen vollständig zu verschwinden. Die Untersuchung der oberen Luftwege ergibt einen normalen Befund, der Knabe wird als „geheilt" entlassen.

Einige Fälle von foetider Bronchitis wurden durch Rotolin-Pillen ebenfalls günstig beeinflußt. Ich erwähne folgenden charakteristischen Fall:

E. B., Landwirt, 38 Jahre alt, leidet seit Monaten an starkem Husten und sehr starkem, übelriechenden Auswurf. Er speit bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus innerhalb 24 Stunden ungefähr 3 Speigläser voll, der Auswurf stinkt so, daß die anderen Kranken sich weigern, mit dem Patienten in einem Zimmer zu schlafen und er isoliert werden muß. Diagnose: Bronchitis chronica foetida. Behandlung: Bettruhe, feuchte Packungen, Inhalationen mit Terpentinöl, dreimal täglich je 2 Rotolin-Pillen. Bei dieser Verordnung tritt nach Verlauf von 14 Tagen eine deutliche Besserung ein. Der Husten läßt nach, ebenso die Menge des Auswurfs, auch ist der Geruch nicht mehr so arg. Pat. kann wieder mit andern Kranken in ein Zimmer zusammengelegt werden. Pat. ist jetzt 2 Monate im Krankenhause und fast vollkommen geheilt. Die Untersuchung der Lungen ergibt nur hinten noch ganz geringe bronchitische Geräusche — bei der Aufnahme waren sie sehr stark —, der Auswurf ist ganz gering, hat keinen üblen Geruch mehr. Allgemeinbefinden sehr gut, Pat. hat wieder Appetit und hat während seines Aufenthaltes im Krankenhause 6 Kilo an Gewicht zugenommen. In der nächsten Woche soll er entlassen werden und die Rotolin-Pillen zu Hause noch weiter gebrauchen.

Erwähnen möchte ich noch, daß ich auch bei krupöser Lungenentzündung, bei der die Kranken oft an der Unmöglichkeit, den Schleim zu expektorieren, leiden, die Pillen erfolgreich angewendet habe.

P. B., Arbeiter, 40 Jahre alt, wird mit hohem Fieber (39,7°) in das Krankenhaus aufgenommen. Er gibt an, vor 3 Tagen plötzlich mit Schüttelfrost erkrankt zu sein. Der Husten quält ihn sehr, er entleert sehr schwer ein rostfarbenes Sputum. Die Untersuchung ergibt alle für krupöse linksseitige hinten sitzende Lungenentzündung charakteristischen Symptome. Behandlungsweise: Dreimal täglich 1 Eßlöffel eines 1% Digitalis-Infus, feuchte Packungen 2stündlich, und zur Erleichterung der Expektoration dreimal täglich je 2 Rotolin-Pillen. Am neunten Tage erfolgt die Krisis. Da der Puls gut ist, wird Digitalis fortgelassen, ebenso die Packungen, Rotolin-Pillen werden noch weiter gegeben. Hierdurch wird die Expektoration so stark gefördert, daß sie bald sehr gering wird, um nach Verlauf von 14 Tagen ganz zu verschwinden. Pat. wird als geheilt entlassen.

Fasse ich das Gesagte — und durch Krankengeschichten belegte noch einmal kurz zusammen, so möchte ich die Rotolin-Pillen als ein ausgezeichnetes Teerpräparat empfehlen, welches infolge seiner glücklichen Zusammensetzung bei allen Erkrankungen der Respirationsorgane — besonders bei der Lungentuberkulose — oft vorzügliche Dienste leistet. Es wirkt antikatarrhalisch, befördert die Expektoration, hebt oft den Appetit, setzt das Fieber herab und bessert das Allgemeinbefinden, was sich häufig durch Gewichtszunahme der Kranken zu erkennen gibt. Ich habe die Pillen in vielen hunderten von Fällen angewendet, ohne daß sie — wie oft Kreosot-Präparate — eine Reizung des Magen-Darmkanals hervorriefen.

II. Referate.

Privatdozent Dr. **Hans Hirschfeld** (Berlin): **Euguform, ein neues Desodorans.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 50.)

Um den furchtbaren Geruch ulzerierter Krebsgeschwüre zu beseitigen, bewährte sich im Institut für Krebsforschung in vielen Fällen eine 2proz. Eukupinsalbe. Jedoch kommen auch Fälle vor, in denen Eukupin versagt. Dagegen erwies sich von sicherer desodorierender Wirkung bei Krebsgeschwüren das Euguform, ein teilweise azetyliertes Kondensationsprodukt aus Guajakol und Formaldehyd, ein graubraunes, geruchloses Pulver. Es wird täglich einmal auf die übelriechenden Krebsgeschwüre gestreut, darüber kommt ein Verband aus steriler Gaze. Euguform reizt weder die Wunden noch macht es Schmerzen, und hat auch keine allgemeinen Nebenwirkungen.

Dr. **H. Strube** (Berlin): **Schwerer Kollaps bei einem jugendlichen Patienten nach subkutaner Injektion von Asthmolysin.** (Berl. klin. Wochenschrift 1919, Nr. 51.)

Eni 23jähriger Mann erhielt zur Kupierung eines schweren Anfalles von Bronchialasthma erstmalig 1 ccm Asthmolysin subkutan. Wenige Minuten nach der Injektion trat ein schwerer Kollaps ein (Erbrechen, Bewußtlosigkeit, flatternder Puls). Nach 5 Minuten begann Besserung, nach 10 Minuten war der Kollaps überwunden. Asthmolysin enthält in 1 ccm 0,8 mg Nebennierenextrakt und 0,04 Hypophysenextrakt. Verfasser empfiehlt, zur Vermeidung derartiger Zwischenfälle, das Asthmolysin auch bei subkutaner Einspritzung möglichst langsam, über 1 Minute, zu injizieren.

Dr. **G. Blank** (München): **Ueber Pyoktaninanwendung in der inneren Medizin.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 51.)

Nach Verfasser bewährt sich das Pyoktanin in 1proz. wässeriger Lösung bei Erkrankungen der Mundschleimhaut, wie Soor, Stomatitis jeglicher Aetiologie. Die 1proz. Lösung wird mehrmals täglich aufgepinselt; ev. kann man auch die erkrankten Stellen mit dem Pyoktaninstift betupfen. In stärkerer Verdünnung, etwa als Zusatz zum Kamillentee, kann man Pyoktanin auch zum Gurgeln verwenden. — Ein weiteres Indikationsgebiet für Pyoktanin bilden Dekubitalgeschwüre; hier benutzt man es in 1—3proz. Lösung; auch prophylaktisch nützt es bei drohendem Dekubitus. Endlich bewährte sich Pyoktanin in verdünnter wässeriger Lösung oder als Zusatz zu Kamillenaufgüssen für Blasenspülungen.

Privatdozent Dr. **Otto Sachs** (Wien): **Beitrag zur Therapie der Trichophytoninfektion.** (Wiener Klin. Wochenschrift, 1919, Nr. 51.)

Oberflächliche Formen der Trichophytie an unbehaarten, aber auch behaarten Stellen behandelt S. mit Einpinselung von Jodtinktur und nachheriger Applikation einer 5proz. weißen Präzipitatsalbe. Nach kurzer Zeit bildet sich unter mehr oder weniger heftigem Brennen eine Dermatitis bullosa. Nach Platzen oder Eröffnen der Blasen, sowie nach Abstoßung der Epidermis bleibt eine große exkoriierte Hautstelle zurück. Unter Anwendung von Zinkpaste tritt dann in wenigen Tagen vollständige Heilung ein. Die Therapie beruht auf der Entstehung des die Hautoberfläche ätzenden Jodquecksilbers. — Bei der Behandlung der tiefen Trichophytieformen, insbesondere der großknotigen, sukkulenten Tumoren hat Verfasser mit Erfolg intravenöse Injektionen einer 40proz. Urotropinlösung verwendet. Als Anfangsdosis kann man unbedenklich 6 g Urotropin (15 ccm der Lösung) geben; nach 2—3 Tagen steigt man auf 8 g (= 20 ccm), nach weiteren 2 oder 3 Tagen auf 10 g (25 ccm) oder 12 g (30 ccm). In der Regel injiziert man jeden zweiten oder dritten Tag. S. hat 10 Fälle nach dieser Methode behandelt, die Zahl der erforderlichen Einspritzungen war 3—11, im Durchschnitt 6½; die mittlere Behandlungsdauer betrug 28 Tage. Unangenehme Nebenwirkungen wurden in keinem Falle beobachtet, nur ein Kranker klagte über mäßiges Brennen beim Urinieren. Die Behandlung wurde in allen Fällen ambulatorisch durchgeführt.

Dr. **Julius Fürth** (Wien): **Erfahrungen mit Coryfin in der Dermatologie.** (Wiener med. Wochenschrift. 1919, Nr. 51.)

Verfasser empfiehlt Coryfin (Aethylglykolsäureester des Menthols) zur Schmerzlinderung bei einer Anzahl von Affektionen der Haut und der Schleimhäute. Hierher gehören luetische Papeln der Mundschleimhaut und der Labien, wobei Coryfin aufgepinselt wird. Dabei tritt gleichzeitig eine rasche Reinigung der erkrankten Stellen ein. Das gleiche gilt von Rhagaden der Mundwinkel. Ebenso günstig wirkt die Coryfinpinselung bei der Leukoplakie älterer Luetiker und starker Raucher; auch Coryfinbonbons kann man dabei anwenden. Bei Stomatitis mercurialis bewährt sich die täglich zweimalige Pinselung des Zahnfleischrandes mit Coryfin; der eitrige Belag reinigt sich schnell, die Geschwüre heilen und der Foetorex ore verschwindet. Bei allen Formen von Angina und Angina specifica bewirkt die Coryfinpinselung nicht nur Schmerzlinderung, sondern auch ein Zurückgehen der entzündlichen Erscheinungen. Bei Papeln am Scrotum und anus sowie bei breiten Kondylomen kann man Coryfin sowohl in Form von Pinselungen wie auch als hochprozentige Salbe verwenden. Endlich leistet Coryfin gute Dienste als juckreizstillendes Mittel bei juckenden Hautaffektionen.

Dr. **Karl F. Beck** (München): **Behandlung des Erysipels durch Einführung von Jodionen in die Haut (Jodiontophorese).** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 51.)

Auf Grund seiner Erfahrungen an 7 Fällen der chirurgischen Abteilung der Münchener Universitätskinderklinik

empfiehlt B. die Behandlung der Erysipels mit Jodiontophorese. Die Technik der Behandlung ist folgende: Die indifferente Anode kommt, gut angefeuchtet, auf eine in der Nähe des Erysipels befindliche Hautstelle; ein mit 1 proz. Jodkalilösung gut durchfeuchteter 20—25 cm^2 großer Wattetupfer wird auf die erkrankte Hautpartie gelegt, zu Hälfte auf gesunder, zur Hälfte auf erkrankter Haut; auf den Tupfer setzt man die Kathode; die Stromstärke soll 2—2,5 Milliamp. betragen. Als Stromquelle dient eine galvanische Batterie oder die Anschlußklemmen für den galvanischen Strom am Pantostat. Der Strom soll an jeder Stelle 5 Minuten lang einwirken. Hinterher werden die behandelten Stellen mit Lugol'scher Lösung bepinselt. Die Behandlung wird zweimal täglich, vor- und nachmittags, ausgeführt. Bei diesem Vorgehen waren die Erysipele meist nach 2 Tagen geheilt. Bei Erysipelen am behaarten Kopf ist vor der Jodiontophorese eine gründliche Rasur notwendig.

Dr. **H. Floer** (Essen): **Lokale Anästhesie durch Injektion von Anästhesin. solubile (Subkutin).** (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, Nr. 52.)

Zur lokalen Anästhesie empfiehlt F. das Subkutin, die 1 proz. Lösung des wasserlöslichen phenolsulfosauren Anästhesin. Diese im Handel gebrauchsfertig erhältliche Lösung ist unbegrenzt haltbar und kann durch Zusatz von 0,8% Chlornatrium isotonisch gemacht werden und ist durch Aufkochen beliebig oft zu sterilisieren. Außerdem ist Subkutin ungiftig und wirkt gegenüber pathogenen Keimen entwicklungshemmend. Bei kleineren Operationen, z. B. der Entfernung haselnuß- bis walnußgroßer Atherome wird schon durch Einspritzung von 0,5 ccm Subkutin ausreichende Unempfindlichkeit erzeugt.

Dr. **Karl Meyer: Geburtshilflicher Handschutz.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, Nr. 52.)

Um beim Eingehen mit der Hand in die Gebärmutterhöhle (z. B. bei Plazentarlösung) die Gefahr der Keimverschleppung zu vermeiden, kann man nach Verfasser einen etwa 35 cm langen, festen Papierschlauch verwenden, der von der Firma B. Braun, Melsungen, steril in keimfreier Verpackung geliefert wird. Zum Gebrauch wird er mit steriler Pinzette zwecks Durchweichung in warme Desinfektionslösung (0,1 proz. Sublimat, Sublamin oder 2 proz. Lysol) gelegt und sodann über die sorgfältig desinfizierte Hand und den Unterarm bis etwa zum Ellbogen gezogen. Der Schlauch ist nach innen eingefaltet und wird nun von innen mittels der Haltezipfel durch die Fingerspitzen geschlossen gehalten, während die Hand durch die Vulva bis zum äußeren Muttermund eindringt. Indem nun die Fingerspitzen die Zipfel loslassen und durch die vordere Oeffnung in die Gebärmutter eindringen, zieht die äußere Hand gleichzeitig den Schlauch über den Ellbogen auf den Oberarm zurück aus der Scheide. Die innere Hand dringt auf diese Weise in die Gebärmutter ein, ohne mit der Vulva oder der Scheidenschleimhaut in Berührung zu kommen.

Dr. **Ernst A. Heimann** (Berlin): **Die Behandlung äußerer Augenerkrankungen mit vernebelten Arzneistoffen.** (Therapie der Gegenwart, 1919, Dezember.)

Anstelle der üblichen Behandlung äußerer Augenerkrankungen mit Tropfen und Salben empfiehlt H. auf Grund längerer Versuche die Anwendung fein verstäubter Arzneistoffe. Er benutzt dazu einen von den Drägerwerken hergestellten modifizierten Spieß-Dräger'schen Medikamentenvernebler, der mit einem an die Lichtleitung anzuschließenden elektrischen Vorwärmer versehen ist. Die zerstäubte Flüssigkeit wird durch einen in eine Augenwanne endigenden Schlauch direkt auf das Auge geleitet. Zwischen Schlauchende und Wanne befindet sich der zum Einstellen der Temperatur mit einem Rheostat versehene Vorwärmer. Die Anwendung geht so vor sich, daß der Patient die Augenwanne gegen den Orbitalrand lehnt, so daß der vernebelte Arzneistoff wie ein dauerndes Luftbad auf das Auge wirkt. Will man bestimmte Teile der Lidbindehaut besonders intensiv mit dem Medikament in Berührung bringen, so wird der Medikamentennebel mittels besonderer Ansätze auf die durch Abziehen vom Augapfel oder durch Ektropionieren zugänglich gemachte Bindehaut geleitet. Die Dauer der Anwendung beträgt 2—20 Minuten. Die günstigsten Temperaturen liegen für Bindehauterkrankungen zwischen 25° und 28° C., für Hornhauterkrankungen zwischen 35° und 45° C. Folgende Lösungen hat Verf. bisher verwendet: Zinc. sulfur. (5—15 Proz.), Ammon. chlorat. (5—10 Proz.), letzteres ev. mit Zinc. sulfur.-Lösung gemischt, bei beiden ein 5 proz. Zusatz von Sol. SuprareN. Ferner Aq. chlorat. (10—20 Proz.), Sublimat (1—2 Promille), Hydrarg. oxycyanat. (5—10 Promille), Hydrogen. peroxydat. (10—15 Proz.), Ormicet (20 bis 30 Proz.); bei allen Flüssigkeiten erwies sich ein 5 proz. Glyzerinzusatz als zweckmäßig. Zur Behandlung kamen alle Katarrhe und Entzündungen der Lider, der Bindehaut und der Hornhaut.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Aerztliche Gesellschaft für Mechanotherapie.

(Fortsetzung.)

Dr. **Hirsch** (Charlottenburg): **Bericht des Schriftführers.**

M. H.! Die Aerztliche Gesellschaft für Mechanotherapie hat als echtes Kriegskind, mitten in dem gewaltigsten Ringen aller Völker der Erde zur Welt gekommen, bisher nur schwere Tage gesehen. Jede Jahresversammlung und jede Sitzung standen unter dem Zeichen der durch den Krieg hervorgerufenen allgemeinen Schwierigkeiten, die gewiß nicht dazu angetan sind, einer werdenden und jungen Vereinigung einen sicheren Boden zu bereiten. Wenn ich trotz alledem heute wieder sehe, daß Kollegen all die Schwierigkeiten auf sich genommen haben, um zu der zweiten Jahresversammlung der Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie hier zu erscheinen, so könnte diese Tatsache allein schon für die Bedeutung unserer Gesellschaft und die Wichtigkeit unserer Bestrebungen ein beredtes Zeugnis ablegen.

Hatte schon die bedauerliche Tatsache, daß die Mechanotherapie in weiten Schichten der Bevölkerung, leider auch in nicht geringen Kreisen der Aerzteschaft, nicht die Anerkennung und Würdigung gefunden hat, die diesem wichtigen Zweige der Therapie zukommen, öfter den Gedanken eines Zusammenschlusses der Fachgenossen nahegelegt, um auf dem bewährten Wege der Organisatin unserer Wissenschaft die gebührende Geltung zu verschaffen, so hätte der letzte äußere Anlaß zur Gründung unserer Gesellschaft gar nicht allzu groß sein brauchen. Dieser letzte äußere Anlaß zur Gründung unserer Gesellschaft lag in den Differenzen, welche verschiedene Inhaber und Leiter von mediko-mechanischen Anstalten mit der Heeresverwaltung hatten, Differenzen, deren letzter Grund in dem mangelhaften Verständnis für die Mechanotherapie zu suchen war.

Gegenüber dieser unliebsamen Erscheinung mußte es um so erfreulicher berühren, daß die weitblickende Abteilung „Bäderfürsorge" des Zentralkomitees der deutschen Vereine vom Roten Kreuz die Bedeutung der Mechanotherapie für die Behandlung von Kriegsbeschädigten voll und ganz zu würdigen wußte und die guteingerichteten mediko-mechanischen Institute sowie die anerkannten Fachärzte auf diesem Gebiet in den Dienst der Kriegsbeschädigtenbehandlung zu stellen ins Auge faßte. Da der Weg über die Organisation dem Roten Kreuz die Ausführung dieser Pläne erleichterte, wurde in einer Zusammenkunft von 15 Kollegen im „Rheingold" zu Berlin am 24. Oktober 1915 die Gründung der Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie beschlossen, der sich unmittelbar nach der Gründungssitzung 10 weitere Kollegen anschlossen. Der Vorsitz wurde Herrn Geheimrat Professor Schütz übertragen. Die um unsere Wissenschaft so hochverdienten Herren Dr. Gustaf Zander-Stockholm und Sanitätsrat Dr. Nebel-Coblenz wurden in der Gründungssitzung zu Ehrenmitgliedern ernannt. Als Grundbestrebung der Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie wurde die wissenschaftliche und wirtschaftliche Förderung der Mechanotherapie und deren gegenseitige Wechselwirkung festgelegt. Es muß Wert darauf gelegt werden zu betonen, daß die Mehrzahl der Aerzte heute leider nicht in der idealen und wohl von jedem Arzt erstrebten Lage ist, die Pflege der Wissenschaft um ihrer selbst willen als Endzweck anzusehen, sondern die Not der Zeit zwingt uns Aerzte, jetzt mehr noch wie früher, in der Wissenschaft ein Mittel zu sehen, unsern Patienten möglichst ausgiebig zu helfen und unserer wirtschaftlichen Lage einen möglichst sicheren Boden zu schaffen. Schon bei der Gründung der Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie erschien es zweckmäßig, mit verwandten Organisationen, die auf gleicher Grundlage aufgebaut sind, in möglichst engem Zusammenschluß zu arbeiten.

Die bei der Gründung der Gesellschaft geäußerte Absicht, zwischen Weihnachten und Neujahr 1915 in Oberhof eine Mitgliederversammlung zu veranstalten, mußte aufgegeben werden, da es sich als unmöglich herausstellte, die dazu erforderlichen Vorarbeiten ausreichend auszuführen. Dagegen waren wir in derselben Zeit des nächsten Jahres in der angenehmen Lage, vom 27. bis 29. Dezember 1916 unsere erste Jahresversammlung in Oberhof tagen zu lassen, die durch ihren geradezu familiär-gemütlichen Ton einen recht angenehmen Verlauf nahm und allen Teilnehmern in bester Erinnerung bleiben dürfte.

Gegen Ende des Jahres 1917 trat Herr Kollege Hellwig aus Stettin, der die Absicht hatte, in ähnlicher Weise wie wir auch die Inhaber und Leiter elektrotherapeutisches Anstalten zu einem Verein zu sammeln, an unsern Vorstand heran. Wir luden zu dieser Sitzung auch Elektrotherapeuten ein und setzten Vorträge über Elektrotherapie auf unser Programm; die Weiterbehandlung dieser Frage wird morgen unsere geschäftliche Sitzung beschäftigen.

Im Oktober 1919 wurden seitens des Vorstandes der Gesellschaft Verhandlungen mit der Abteilung Bäderfürsorge des Zentralkomitees der deutschen Vereine vom Roten Kreuz

wegen Erhöhung des Honorarsatzes geführt. In entgegenkommender Weise wurde mit Rücksicht auf die allgemeine Teuerung der Preis für die Behandlung von 1,— auf 2,— Mark erhöht, also verdoppelt.

Am Schluß der ersten Jahresversammlung hatte die Gesellschaft 42 ordentliche, 2 außerordentliche und 2 Ehrenmitglieder. Seitdem hat unsere Gesellschaft durch den Tod den Verlust von 2 Mitgliedern zu verzeichnen: Herrn Professor Riedinger (Würzburg) und Herrn Dr. Stein (Hamburg).

Herr Professor Dr. Riedinger hat der Gesellschaft seit ihrer Gründung als Mitglied angehört und ihr vom ersten Moment an sein regstes Interesse entgegengebracht. Immer wieder hoffte er, daß sein guter Wille, an den Verhandlungen der Gesellschaft persönlich teilzunehmen, die Hindernisse überwinden würde, die ihm sein Leiden in den Weg gelegt hat. Es war ihm aber nicht vergönnt. Unsere Gesellschaft hat an Herrn Riedinger einen aufrichtigen Freund verloren, den sie ebenso beklagt, wie die Mechanotherapie dem emsigen Förderer ihrer Wissenschaft und gewandten Publizisten nachtrauert.

Herr Dr. Stein, der beim ersten Kongreß unser Mitglied wurde, konnte auch infolge von Krankheit unserer Gesellschaft nicht die Arbeitsfreude widmen, die ihn in seiner praktischen Tätigkeit so ausgezeichnet hat und die er so gern in den Dienst unserer Gesellschaft gestellt hätte. Wir werden auch diesem liebenswürdigen und tüchtigen Kollegen ein gutes Andenken bewahren. Meine Herren, Sie haben sich zu Ehren der verstorbenen Mitglieder von Ihren Plätzen erhoben; ich danke Ihnen.

Aus der Gesellschaft sind ferner zwei Mitglieder ausgeschieden: die Herren Sanitätsrat Dr. Kuznitzky (Breslau) und Medizinalrat Dr. Mercker (Neubrandenburg). Das Ausscheiden ist bei beiden Herren dadurch begründet, daß sie ihre Tätigkeit als Leiter mediko-mechanischer Institute niedergelegt haben. Mit besonderer Genugtuung sei hier hervorgehoben, daß beide Herren ihr Interesse an der Gesellschaft dadurch an den Tag legten, daß sie ihren Berufsnachfolgern auch die Pflichten und Rechte an der Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie in die Hände legten und sie in den Personen der Herren Krause und Fischer in unsere Gesellschaft als Mitglieder einführten. Seit dem ersten Kongreß in Oberhof sind in die Gesellschaft 16 Mitglieder eingetreten und zwar die Herren Dr. Blomberg (Hamburg), Sanitätsrat Dr. Wolff (Danzig), Dr. Rosell (Ballenstedt), Hofrat Dr. Krüche (München), Dr. Lehr (Stuttgart), Dr. Katzenstein (Wiesbaden), Dr. Ottendorff (Hamburg), Geheimrat Dr. Köhler (Elster), Dr. Koch (Erfurt), Sanitätsrat Dr. Alexander (Reichenhall), Sanitätsrat Dr. Immelmann (Berlin), Dr. Kurt Immelmann (Berlin), Sanitätsrat Dr. Ernst Joseph (Berlin), Dr. Krause (Breslau), Dr. Lippert-Kothe (Friedrichroda) und Dr. Fischer (Neubrandenburg). Die Gesellschaft hat jetzt 2 Ehrenmitglieder, 56 ordentliche und 2 außerordentliche Mitglieder. Ich heiße die neu eingetretenen Herren im Namen der Gesellschaft herzlichst willkommen und möchte der Hoffnung Ausdruck geben, daß ihre Mitarbeit für sie selbst und für unsere Gesellschaft segenreich werde.

Der Vorstand hat sich nur schweren Herzens dazu entschließen können, diese Jahresversammlung einzuberufen. Aber wir haben in den langen und bangen Jahren den Tag des Friedens erhofft und herbeigesehnt und geglaubt, daß mit dem Schluß des Krieges für unsere Bestrebungen alle Not ein Ende haben wird. Diese Hoffnungen haben sich leider nicht erfüllt: wir stehen vor neuen Sorgen und leben in großen Nöten, gegen die ja nur ein Mittel helfen kann: angespannteste Arbeit! Unter diesem Gesichtspunkt glaubten wir diese Tagung nicht weiter hinausschieben zu dürfen. Wir haben nach reiflicher Ueberlegung Berlin als Kongreßort bestimmt, weil doch bei der Unsicherheit des Reiseverkehrs Berlin immer noch die besten Verhältnisse bot — unter den Blinden ist bekanntlich der Einäugige König. Dann aber hat uns auch die Möglichkeit gelockt, die Mitglieder der Gesellschaft mit diesem schönen Lazarett und seinen mustergültigen Werkstätten durch die bereitwillige Liebenswürdigkeit von Herrn Kollegen Boehm bekannt zu machen. Ich möchte nicht verfehlen, unsern besonderen Dank den auswärtigen Kollegen zum Ausdruck zu bringen, welche die Mühe und Beschwerden und Lasten der Reise nicht gescheut haben, um diese Tagung zustande kommen zu lassen. Wir sind uns der Schwierigkeit der Tagung wohl bewußt und bitten Sie, Nachsicht zu üben, wenn es uns nicht gelungen sein sollte, den Kongreß so vollkommen zu gestalten, wie wir es wohl gewünscht hätten. (Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Berliner Arzneiverordnungen mit Einschluß der physikalisch-diätetischen Therapie. Von Dr. med. **Paul Reckzeh,** ehem. Assistenten der II. medizinischen Universitätsklinik zu Berlin, Direktor der inneren Abteilung des ev. Krankenhauses zu Mülheim-Ruhr. Mit einem Vorwort von Geh.-Rat Prof. Dr. Fr. Kraus. Zweite, neu bearbeitete Auflage. Berlin 1920. Verlag von S. Karger. 192 S. Pr. M. 6,—.

Das sehr brauchbare Werkchen zerfällt in folgende Hauptabteilungen: I. Allgemeine Arzneiverordnungslehre, II. Spezielle Arzneiverordnungslehre (Arzneimittel und Rezepte in alphabetischer Anordnung), III. Anhang (Mittel zur subkutanen Injektion, zur Inhalation und zu einer Reihe ähnlicher therapeutischer Maßnahmen an einzelnen Organsystemen; Maximaldosen, Formulae magistrales; Bemerkungen zur physikalischen Therapie; Bemerkungen zur diätetischen Therapie), IV. Krankheitsregister mit kurzen medikamentösen Hinweisen. L.

Grundzüge der Hygiene unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des Deutschen Reichs und Oesterreichs, von Dr. **W. Prausnitz,** o. ö. Professor der Hygiene usw. in Graz. Elfte, verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 284 Abbildungen. J. F. Lehmann's Verlag, München 1920. 761 S. Preis geheftet M. 20,—, gebunden M. 23,—.

Bei einem so bewährten, in den Kreisen der Mediziner und Techniker, sowohl der angehenden wie der fertigen, weitverbreiteten Lehrbuch darf man sich füglich anläßlich des Erscheinens einer neuen Auflage auf eine kurze Anzeige beschränken. — Hervorgehoben sei nur, daß in der neuen Bearbeitung der den Infektionskrankheiten gewidmete Abschnitt erweitert und ein neuer Abschnitt über die soziale Tätigkeit des Arztes und das Fürsorgewesen hinzugefügt wurde, und daß auch die mit der politischen Umwälzung im Zusammenhang stehenden Veränderungen der sanitären Gesetzgebung in Deutschland und Deutsch-Oesterreich berücksichtigt sind. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Die am 13. Mai zwischen der Vertretung der Deutschen Aerzteschaft (Leipziger Verband) und den Krankenkassenverbänden stattgehabten Verhandlungen sind ergebnislos verlaufen. Sie scheiterten an der seitens der Aerzte gestellten Forderung der Einführung der freien Arztwahl, welche von den Krankenkassenvertretern rundweg abgelehnt wurde. Zu einer Beratung über die Honorarfrage kam es infolgedessen überhaupt nicht. In wenigen Tagen wird sich nun entscheiden, welche Maßnahmen die deutschen Aerzte ergreifen werden, um ihre berechtigten Forderungen durchzusetzen. Bekanntlich ist in Aussicht genommen, beim Scheitern der Verhandlungen mit den Krankenkassen den vertraglosen Zustand für das ganze Reich zu verkünden. Es handelt sich jetzt um nichts mehr und nichts weniger, als ein für allemal dem unwürdigen Abhängigkeitsverhältnis der Aerzte von den Krankenkassenvorständen ein Ende zu machen. Ein Zurückweichen gegenüber den auf dem Arbeitgeberstandpunkt beharrenden Kassenvorständen ist jetzt nicht mehr am Platze.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Halle a. S. Prof. Dr. Alfred Zimmermann, Oberarzt an der hiesigen Universitäts-Hals-, Nasen- und Ohrenklinik wurde vertretungsweise mit der Leitung der Kieler Universitätsklinik für das gleiche Fach betraut.

Jena. Dr. jur. et med. Gerhard Wagner, der von Kiel hierher als Abteilungsvorsteher am hygienischen Institut und Leiter des bakteriologischen Untersuchungsamts für Thüringen berufen wurde, habilitierte sich für Hygiene.

Leipzig. Privatdozent Dr. Freise, Oberarzt an der Universitätskinderklinik, wurde nach Essen als städtischer Kinderarzt und leitender Arzt des städtischen Kinderkrankenhauses berufen.

Rostock. Privatdozent Prof. Dr. Max Rosenfeld, bisher Oberarzt der Straßburger psychiatrischen Universitätsklinik, erhielt einen Ruf an die hiesige Hochschule auf das erledigte Ordinariat für Psychiatrie.

Würzburg. Der Leiter der hiesigen Universitätsohrenklinik Prof. Dr. Wilhelm Kirchner ist in den Ruhestand getreten.

Heidelberg. Als Privatdozent habilitierte sich Dr. Holthausen, Assistenzarzt an der medizinischen Klinik, mit einer Probevorlesung über die Grundlagen der biologischen Lichtwirkung.

Wien. Der Anatom Prof. Dr. Karl Toldt wurde aus Anlaß seines 80. Geburtstages von der Wiener philosophischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt. — Der Medizinhistoriker Prof. Dr. Max Neuburger wurde von der Society of Medical History in Chicago zum Ehrenmitglied gewählt. — Dr. Menzel und Dr. Hofer haben sich für Rhino-Laryngologie habilitiert.

Amsterdam. Der hiesige Professor der Gynäkologie Hector Treub ist gestorben. Seine Stellungnahme gegen die Berufung deutscher Forscher an holländische Universitäten ist noch unvergessen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.



Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | **Berlin, 29. Mai 1920** | **No. 22**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Internationale Auskunftei und Inkasso-Büro

Gegründet 1902 **Kranz & Mäding, Kassel** Kurfürstenstr. 6

Erstklassiges Einziehungsinstitut f. Ärzte u. Apotheken!

Besorgt Auskünfte u. Inkassos aller Art u. auf alle Plätze. Günst. Bedingungen, glänz. Erfolge. Bank-u. Postscheckkonto. **Nachweislich allein f. Aerzte u. Apotheken bereits 400000 M., die teilw. verjährt od. ausgeklagt waren, gerettet.** Uebern. d. gesamt. Außenstände b. Aufgabe d. Praxis. Viele Hunderte Ia Referenzen u. Anerkennungen. Ausführl. Angeb. gern z. Diensten.





Kein Jodtinktur-Mangel mehr!

Auf Grund eingehender ärztlicher Erprobungen kann das von uns seit Jahren alleinig hergestellte Specialpräparat

„HERPELIBRIN-liquidum"

(ges. gesch.)

als vollwertiger Ersatz für TINKT. JODII

angesehen werden.

Besonders festgestellte Vorzüge des „HERPELIBRIN-liquidum" gegenüber der Tinct. Jodii sind:

I. Absolute Ausschaltung von Reizerscheinungen,
II. Vollkommene Reinlichkeiten bei den Indikationen, da „HERPELIBRIN-liquidum" durch besondere Verfahren farblos gemacht ist,
III. Unbegrenzte Lieferfähigkeiten,
IV. Enorme Billigkeit der Preise gegenüber der heute ständig steigenden Konjunktur und Knappheit des Jodpräparates.

Die Preisnotierungen für „HERPELIBRIN-liquidum" sind:

500 Gr. . . .	Mk. 28.—	incl. Glas und Emballage	Korbfl. à 10 Kilo	Mk. 51.—	per Ko. excl. Glas und Emballage
1000 „ . . .	„ 54.—	„ „ „ „	„ à 25 „	„ 50.—	„ „ „ „ „ „
5000 „ . . .	„ 52.— per Ko.	„ „ „ „	Ballon à 60—70 Kilo .	„ 48.—	„ „ „ „ „ „

Sonderpreise für höhere Quantitäten auf gefl. Anfrage.

„HERPELIBRIN-liquidum" ist durch den pharmaz. Großhandel zu beziehen oder vom alleinigen Fabrikanten

Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate Robert Poenitz, Delmenhorst i. Old.

Telegr.-Adr.: Medikament. Fernruf 487.

89. Jahrgang **Berlin, 29. Mai 1920** **No. 22**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8118

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Würdigung der Behandlungsmethoden bei Lungentuberkulose.

Von Professor Dr. **Moeller,**
Spezialarzt für Lungenkrankheiten in Berlin.

Meine Herren! Während im Jahre 1895 in Preußen eine Sterblichkeit an Lungentuberkulose von 23,26 auf 10 000 Lebende berechnet wurde, starben im Jahre 1913 nur noch 13,59 von 10 000 Lebenden an dieser Krankheit, also ein Rückgang um fast die Hälfte. Im Jahre 1913 war in Preußen nach polizeilicher Meldung die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose 36 951, im Jahre 1918 dagegen 60 571, also fast das Doppelte. Durch Hebung der hygienischen Maßnahmen und den wirtschaftlichen Aufschwung war seit den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts ein ständiger Abstieg der Lungentuberkulose zu verzeichnen. Das änderte sich schnell mit dem Eintritt in die Kriegszeit. Die Erkrankungs- und Todesziffern nehmen seit 1914 mehr und mehr zu. Bei der heimischen Bevölkerung war es die mit der Länge des Krieges eintretende Unterernährung, welche dem Tuberkelbazillus den Boden für ein stärkeres Umsichgreifen vorbereitete; beim Heere die Strapazen des Krieges mit seinen Begleiterscheinungen; in den letzten Kriegsjahren kam auch die nicht mehr so reichliche Ernährung im Felde dazu und die psychische Beeinflussung der Soldaten durch feindliche Propagandazettel und Klagebriefe aus der Heimat; denn seelische Beeinflussung spielt ohne Zweifel in vielen Fällen eine wichtige Rolle beim Ausbruch der Erkrankung.

Als auslösende Momente bei der Entstehung der Kriegstuberkulose kommen neben Schußverletzungen hauptsächlich Erkältungen und Ueberanstrengung in Betracht; zunächst handelte es sich beim Militär um einen Rückfall, ein Wiederaufflammen einer zur Ruhe gekommenen Affektion; in relativ wenigen Fällen um ein Entstehen einer neuen Erkrankung. In der Mehrzahl handelt es sich ja bei der Entstehung der Lungentuberkulose um eine Schädigung der Resistenz des disponierten Individuums infolge einer sich lange hinziehenden Erkrankung des Respirationstraktus (Influenza, Masern, Keuchhusten etc.), oder chronische Reizungen durch Staub (Woll- Metall-, Steinstaub) oder Störungen im Organismus durch Pubertätsentwicklung.

Da es sich im Kriege zumeist um Stellungskrieg handelte, so spielte Ueberanstrengung eine geringere Rolle, eine größere Erkältungsursachen. Ich habe übrigens bei einer mehrjährigen Tätigkeit im Felde die Beobachtung gemacht, daß selbst bei Berücksichtigung des gründlicheren Durchsiebens der Mannschaften, die zur Front kamen, Frischerkrankungen an Lungentuberkulose in der Etappe relativ nicht seltener waren, trotzdem sich dort die Wohnungsverhältnisse und die Ernährung ja den heimatlichen Verhältnissen mehr näherten, als in der Front in Frankreich mit seinen naßkalten Schützengräben als Behausung und manchmal wegen Sperrfeuer versagenden Lebensmittelzufuhren. Die Gründe hierfür sind wohl vielfach in dem ständigen Aufenthalt im Freien bei der fechtenden Truppe, der allmählichen Abhärtung gegen Witterungseinflüsse, leichtem Dienst im Stellungskrieg, für viele Mannschaften in der besseren Ernährung als zu Hause, in dem Fernsein von schlecht ventilierten Büro- und Fabrikräumen mit ihrem Staub und in dem sorgenfreieren Leben bei den ledigen Mannschaften zu finden; in wärmerer Jahreszeit ließ sich bei Leichtkranken, wie bei Spitzenkatarrhen, durch Ruhe und Liegen auch in den Schützengräben Besserung und Heilung erzielen.

Schon im Feldlazarett während des Krieges hatte Jacob-Würzburg gute Resultate bei den Kriegstuberkulösen. Viele im Felde erkrankte Soldaten konnten in den Kriegslazaretten soweit wiederhergestellt werden, daß sie zur Front zurückkehren konnten. Die weiter vorgeschritten Erkrankten wurden in Reserve- und Vereinslazaretten behandelt. In der Champagne hatten wir bei Sedan ein Erholungsheim für Offiziere und Beamte. Auf dem Balkan hatten wir in den serbischen Kurorten Erholungsheime für Militär eingerichtet. Die gleiche Beobachtung machte ich während des kalten Winterfeldzuges 1915/16 in Serbien, wo sich an der Front alle für die Entstehung von Erkältungskrankheiten begünstigenden Bedingungen häuften, wie Unbilden der Witterung, Ueberanstrengung, unzureichende Körperpflege, schlechte Quartiere und oft mangelhafte Ernährung. In meinen Erwartungen betreffend Lungenerkrankungen wurde ich dort getäuscht; es traten Erkrankungen der Respirationsorgane auffallend hinter anderen Leiden, wie Magen- und Darmkrankheiten, zurück. Von Interesse sind die von Zadek auf Grund eines größeren Materials festgestellten Beobachtungen; er fand, daß bei früher kräftigen und lungengesunden Soldaten während des Heeresdienstes erfolgte Erkrankungen an Lungentuberkulose einen bösartigen Charakter und progressiven Verlauf aufweisen; dagegen bei bereits früher lungenkranken im Heeresdienst wiederum erkrankten Mannschaften überwiegt nicht die Tendenz zur malignen Propagation.

M. H.! Die Lungentuberkulose greift tief in unsere Volkswohlfahrt ein, und zwar besonders, weil sie zumeist gerade die Leute im militärpflichtigen Alter, also im kräftigsten Mannesalter befällt, mithin gerade die Leute, welche bisher für Erziehung und Ausbildung viel ausgegeben haben und nun, anstatt zu arbeiten, um das ausgegebene Kapital zu verzinsen, nicht nur durch ihre Erkrankung arbeitsunfähig geworden sind, sondern den Angehörigen und der Gemeinde durch die lange Dauer der Krankheit zur Last fallen und als Bazillenträger ihre Umgebung sehr gefährden und somit zur Ausbreitung der Tuberkulose noch beitragen.

Ich möchte hier auf die Wichtigkeit der Einführung der

Anzeigepflicht bei Tuberkulose hinweisen; bisher haben wir ja nur eine Anzeigepflicht für Todesfälle bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose. —

Es liegt neben der Pflicht, für die kriegsbeschädigten Lungenkranken einzutreten auch im Interesse einer erfolgreichen Bekämpfung dieser Volkskrankheit, daß wir alle Hilfsmittel heranziehen, welche die Heilung resp. Besserung der Kranken fördern, zumal da die Aussichten auf eine Besserung unserer Ernährungsverhältnisse für die nächste Zeit als ungünstig bezeichnet werden müssen; insbesondere wird ja auch die für Lungenkranke so wichtige Zufuhr von Fett, Butter, Speck und Milch sich nicht bessern lassen, sondern durch die Ablieferung von Kühen an die Feinde noch schlechter werden. Die fettreiche Nahrung ist für Lungenleidende deshalb so wichtig, weil ja hierdurch fettlösende Fermente sich bilden, welche die Fetthülle der Tuberkelbazillen angreifen und die Bazillen so zum Absterben bringen.

Da die Unterernährung der Bevölkerung auch im jetzigen sogenannten Friedenszustande nach unserer heutigen Prognose wohl noch viele Monate, vielleicht Jahre, anhalten wird, so fordert die Bekämpfung der Tuberkulose heute mehr denn je die Mitarbeit aller Aerzte an diesem Teile des Wiederaufbaues Deutschlands. Wir müssen alle bewährten Methoden zur Behandlung der Lungentuberkulose heranziehen. Immerhin ist hier besondere Vorsicht und Reserve angebracht, man denke an die himmelanstürmende Begeisterung bei der Koch'schen Entdeckung des Tuberkulins. Jeder, der mit Tuberkulosetherapie zu tun hat, weiß, wie viele angebliche Heilmittel auf den Markt kommen und wie wenige von diesen Mitteln einer ernsten Prüfung standhalten. Damit ist aber nicht gesagt, daß nicht doch einige unter ihnen sich als durchaus wertvoll erweisen und nach eingehender Prüfung bei richtiger Anwendung gegenüber aller Kritik sich bewährt haben. Ich nenne nur die Brehmer'sche Anstaltsbehandlung, die Koch'sche Tuberkulintherapie bei vorsichtiger Anwendung, die Pneumothoraxbehandlung, die Bestrahlung mit der natürlichen Höhensonne, die klimatische Behandlung in Kurorten. Insbesondere im letzten Jahre haben viele kriegsbeschädigte Lungenkranke in Davos, Lippspringe, Görbersdorf und Soden Genesung gefunden.

Die leichteren Fälle von Kriegstuberkulösen können mit Tuberkulin behandelt werden, und zwar ambulant in der Sprechstunde des Arztes. Die kriegsbeschädigten Tuberkulösen, welche aus den Heilstätten zur Entlassung kommen, schicke man nicht sofort nach Hause, sondern als Uebergangsstadium in ländliche Betriebe, was ja bei den größtenteils unverheirateten Kriegsbeschädigten auf keine Schwierigkeiten stößt; bei den verheirateten Militärpersonen dringe man darauf, daß sie noch eine Zeitlang in Ambulatorien resp. Fürsorgestellen kontrolliert werden; woselbst sie auch ärztlich beraten werden können. Die Kurorte müßten mehr als bisher mäßig vorgeschrittene Lungenkranke aufnehmen. Wenn die Badeärzte die Patienten instruieren, daß sie den Auswurf in Spuckflaschen auffangen und nicht andere Menschen anhusten, so ist die Ansteckungsgefahr auf ein Minimum reduziert. Ich erwähne nur, daß in Görbersdorf seit der Gründung de Lungenheilanstalten in der Dorfbevölkerung die Tuberkulose abgenommen hat und ich habe z. Zt. meiner Tätigkeit in der Brehmer'schen Anstalt Dienstboten gehabt, welche über 30 Jahre lang Lungenkranke bedient haben und gesund geblieben sind. Gerade bei den Kriegstuberkulösen, die ja meist in der Blüte des Lebens stehen, wird der Aufenthalt in Kurorten auch durch die psychische Beeinflussung segensreich wirken. In der reinen Luft der Kurorte, wo kein Fabrikschornstein qualmt, läßt sich Liegekur, Sonnenkur und Gymnastik besser als sonstwo durchführen.

Zu den wichtigsten Behandlungsmethoden gehört ferner die Sanierung der Wohnungsverhältnisse; nicht umsonst wird die Lungentuberkulose eine „Wohnungskrankheit" genannt. Bei der großen Anzahl von Kriegstuberkulösen ist alles zu tun, um die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erzielen, um so eine Ersparnis an Rentengeldern herbeizuführen. Die Errichtung von Militär-Lungenheilanstalten, wie in Juditten in Ostpreußen, ist sehr zu empfehlen, aber bei unserer schlechten wirtschaftlichen Lage wohl schwer durchzuführen. Walderholungsstätten sind wegen ihrer billigen Betriebskosten anzuraten. Die Absonderung der Schwerkranken müßte strikt durchgeführt werden; besonders da, wo in der Familie Kinder sind, die ja für Tuberkelbazillen leicht empfänglich sind. Am besten wäre es, besondere Kriegerheime für diesen Zweck zu errichten und die Angehörigen durch eine Rente zu unterstützen. Lungenschüsse, Lungenverletzungen durch Verschüttungen, Hufschläge, Ueberreiten, Deichselstöße gegen die Brust, Mauersteine, losgelöst durch Artilleriegeschosse, verursachten im Felde Neuerkrankungen. Solche Patienten leiden öfters an starken Schmerzen infolge von Pleuraverwachsungen; für sie ist der Aufenthalt in Kurorten, wo sie leichte Gymnastik in guter Luft ausüben können, von großem Vorteil.

Aus Zeitungsberichten ersah ich, daß auch Militärpersonen nach der Friedmann'schen Tuberkulosetherapie behandelt werden. Ich möchte da doch raten, die Patienten nicht einer Behandlungsmethode unterziehen, und und so die beste Zeit zur Heilung verstreichen zu lassen, welche hinter den Erfolgen der altbewährten Koch'schen spezifischen Behandlung weit zurücksteht. Es wird mich wohl niemand für unbescheiden halten, wenn ich mir auf diesem Gebiete der Immunisierung und Behandlung der Tuberkulose bei Tieren und Menschen mit Kaltblütertuberkulose eine gewisse Autorität zutraue, da ich als erster im Jahre 1897 die Kaltblütertuberkulose und zwar die Blindschleichentuberkulose entdeckte. Zur historischen Entwicklung der Behandlung mit säurefesten Bakterien bemerke ich folgendes: 1897 entdeckte ich die säurefesten Bazillen, die Timotheebazillen, Grasbazillen, Milchbazillen usw., kurz darauf fand ich die Kaltblütertuberkulose, und zwar in der Blindschleiche. Alle diese Bakterien sind säure- und alkoholfest, auch morphologisch dem Tuberkulbazillus ähnlich und bilden auch wie dieser zuweilen Kolben und Zweigbildungen. Sämtliche Bakterien dieser Gruppe sind, wie die Tuberkulbazillen, mit einer Fetthülle, einem Chitinpanzer, umgeben, worauf auch die gegenseitige mehr oder weniger starke Immunisierung zurückzuführen ist. Die stärkste und widerstandsfähigste Hülle von allen diesen säurefesten Bakterien hat nun der Tuberkelbazillus, der in der Reihe der Säurefesten an erster Stelle steht, an zweiter die Kaltblütertuberkulose, an dritter die Gras-, Milch- und Timotheebazillen, weshalb also eine Immunisierung mit den anderen Bakterien nicht so stark ist, daß man damit gegen den Tuberkelbazillus, den widerstandsfähigsten Vertreter dieser Bakteriengruppe, immunisieren oder gar den Tuberkelbazillus im kranken Organismus vernichten könnte; also eine Heilung der Tuberkulose etwa damit erzielen könnte. Es werden durch die Behandlung mit den säurefesten Bakterien zwar Antikörper erzeugt, die natürlich in erster Linie gegen die eigenen Spezies bakterizid wirken, also spezifisch gegen die eigene Art wirken; aber gegen die übrigen Vertreter der säurefesten Gruppe können sie naturgemäß nur dann einwirken, wenn deren Fetthülle eine gleich starke resp. schwächere Säure- und Alkoholresistenz als die zur Immunisierung resp. Behandlung inizierten Bazillen besitzen. Somit wird man wohl mit Kaltblütertuberkelbazillen gegen Milch- und Butterbazillen mit ihrer verhältnismäßig schwachen Fetthülle immunisieren können, aber niemals gegen Tuberkulose der Menschen und Rinder; denn die Erreger der menschlichen und Rindertuberkulose besitzen einen kräftigen Chitinpanzer; man wird hierbei immer nur eine relativ schwache Immunität erzielen, welche nicht ausreicht zur Immunisierung gegen Tuberkulose.

Es handelt sich also im Prinzip um dasselbe, was man im Volke schon seit uralten Zeiten empfiehlt; der Lungenkranke soll viel Fett, besonders Dachsfett und Hundefett essen; es werden eben hierdurch fettlösende Fermente gebildet, welche die Fetthülle der Tuberkelbazillen angreifen; hier also soll das Fett helfen, dort die Fetthülle der säurefesten Bakterien; leider ist in beiden Fällen die Wirkung eine unzulängliche. Die minimalste Forderung, welche man an ein Tuberkuloseheilmittel stellen muß, ist doch die, daß man beim Patienten die Tuberkelbazillen in den Se- und Exkreten als Beweis für die Wirksamkeit des Mittels zum Verschwinden bringen muß. Das gelingt auch mit den Schildkrötenbazillen nicht, weil die von ihnen erzeugten Antikörper gegen die Fetthülle der Tuberkelbazillen nichts vermögen. Selbst bei intravenöser Injektion, wobei sich ja mehr Antikörper als bei jeder anderen Applikation bilden, reicht die erzeugte relative Immunität nicht zur Immunisierung gegen die Tuberkulose aus, um so weniger vermag sie bei einer schon ausgebrochenen Tuberkulose heilend die Krankheit zu beeinflussen. Alle Vertreter dieser säurefesten Gruppe bleiben an sich getrennte Arten, es ist nicht möglich, sie ineinander überzuführen; wohl nehmen sie durch künstliche Beeinflussung äußerlich im Wachstum auf Nährböden zuweilen ähnliche Wachstumsform an, aber innerlich bleiben sie stets die gleichen scharf voneinander getrennten Arten, sie behalten ihre Spezifität, weshalb auch die von ihnen erzeugten Antikörper durchweg spezifisch d. h. nur auf die eigene Spezies wirken. Auch mittelst der raffiniertesten Züchtungen gelingt es nicht, einen Kaltblütertuberkelbazillus in einen Warmblüterbazillus überzuführen; wie auch umgekehrt, ein Tuberkelbazillus, welcher durch Tierpassage im Kaltblüterorganismus vorübergehend Eigenschaften von Kaltblütertuberkulose angenommen hat, bald wieder in seine früheren Eigenschaften zurückfällt. Die Natur läßt sich

eben nicht meistern; gegen sie vermögen wir mit unserer ganzen Züchtungskunst nichts; ergo ist auch eine gegenseitige volle Immunisierung zwischen Kalt- und Warmblütertuberkulose nicht möglich, womit auch die Theorie der Behandlung der menschlichen und tierischen Tuberkulose mit Kaltblüterbazillen, wie Friedmann sie sich gedacht und die Franzosen Duband und Perre und ich selbst früher angenommen hatte, zusammenbricht. Die erzeugten Antikörper sind nicht stark genug, um den Menschen gegen die Ansiedlung von Tuberkelbazillen zu schützen, und viel zu schwach, um bei einer bestehenden Tuberkulose heilend zu wirken.

Ich selbst glaubte 1897, als ich die ersten säurefesten Bazillen entdeckt hatte, ich hätte den Tuberkulbazillus in seinem Naturzustande als Saprophyten gefunden, und so lag der Gedanke nahe, nach Art der Jenner'schen Methode Versuche von Schutzimpfungen hiermit anzustellen. Aber bald kam ich von dieser Ansicht ab; denn es gelang mir wohl, die säurefesten Bakterien und die Tuberkelbazillen in ihren äußeren Wachstumsbedingungen einander nahe zu bringen, aber es gelang mir nicht, sie ineinander überzuführen; ihrer typischen Eigenschaft nach bleiben sie getrennte Arten. Koch sagte 1882 in seiner „Aetiologie der Tuberkulose", daß es vielleicht später gelingen würde, noch andere säurefeste Bakterien zu finden (er hatte Pfuhl beauftragt, nach solchen zu suchen, doch waren dessen Bemühungen erfolglos); aber mit der Aetiologie der Tuberkulose hätten sie nichts zu tun. Unser Altmeister Koch hat Recht behalten; man fand in Milch, Gräsern und Kaltblütern (Schildkröten, Fischen, Blindschleichen) säurefeste Bakterien, aber mit der Aetiologie der Tuberkulose haben sie nichts zu tun; oder gar eine ätiologische Therapie der Tuberkulose darauf aufzubauen, wie Friedmann nun durchaus will, wird mit Rücksicht auf die Spezifität der Bakterien resultatlos bleiben. Wohl fand Koch, wenn er Versuchstiere mit meiner Blindschleichentuberkulose immunisierte, eine mehr oder weniger starke Agglutination des Serums dieser Tiere auf Tuberkelbazillen, und auch umgekehrt fand Koch, als er Tiere mit Tuberkelbazillen immunisierte, eine Agglutination der Blindschleichenbazillen; aber Agglutination ist keine Immunität; sondern nur ein Gradmesser für die Fähigkeit des Körpers, Schutzstoffe zu bilden. Ich habe zahlreiche Versuche angestellt, Tiere gegen Tuberkulose zu immunisieren mittelst Kaltblütertuberkulose, aber es gelang mir stets nur, eine relative Immunität von geringer Wirkung zu erzeugen, niemals eine absolute. Die vorbehandelten Tiere gingen nach Infektion mit Tuberkelbazillen doch immer schließlich an Tuberkulose zugrunde. Erkrankte Tiere damit zu heilen, oder eine Krankheit zum Stillstand zu bringen, schlugen stets fehl. Auch bei Affen gelang es mir nicht, eine Immunität gegen Tuberkulose zu erzielen. Ich habe seinerzeit eine Anzahl von Kranken der Heilstätte Belzig mit Kaltblütertuberkulose behandelt. Das Serum dieser Kranken agglutinierte die ganze Reihe der säurefesten Bakterien; bis zum 4. Tage fand ich die Bazillen noch im Blute.

Zugleich mit mir entdeckten 1897 die Franzosen Bataillon, Duband und Perre die Fischtuberkulose. Auch sie versuchten Immunisierung und Heilung der Tuberkulose mit ihren Kaltblüterbazillen zu erzielen; aber wie diese Forscher selbst mitteilten, schlugen alle ihre diesbezüglichen Versuche fehl; auch die französischen Forscher kamen zu dem Resultate, daß es nicht möglich ist, mit Kaltblütertuberkulose einen Warmblüter zu immunisieren oder gar heilend zu beeinflussen. — Friedmann fand dann später ebenfalls einen Kaltblütertuberkelbazillus und zwar in der Schildkröte; er versuchte ebenfalls Immunisierung und Heilung der Tuberkulose mit diesen Bakterien und glaubt oder behauptet wenigstens, daß ihm das Problem gelungen ist. Er führte zuerst an, daß er einen „wundersam mitigierten" Tuberkelbazillus entdeckt hätte, welcher immunisiere und heile. Er ließ es zunächst in Zweifel, ob es ein Kaltblütertuberkelbazillus sei oder ein echter Tuberkelbazillus. Später gab er an, daß es sich um den von ihm gefundenen Schildkrötenbazillus handele. Er versuchte auch, sein Verfahren zum Patent anzumelden. Auf eine Anfrage des Patentamtes beim Kaiserlichen Gesundheitsamte erhielt er von diesem die Mitteilung, daß „irgendwelche neue Methode aus der Friedmannschen Anmeldung nicht ersichtlich sei, und u. a. hätten mit Kaltblütertuberkelbazillen und saprophytischen säurefesten Bazillen Moeller (schon 1904) bei Meerschweinchen und Ziegen eine Erhöhung der Widerstandskraft gegen Tuberkuloseinfektion erzielt. Auch am Menschen habe Moeller schon mit Kaltblütertuberkulose gearbeitet". Darauf wurden Friedmanns Patentansprüche abgelehnt.

Zur Nachprüfung der Friedmann'schen Ergebnisse habe ich mir selbst einen Schildkrötentuberkulosestamm gezüchtet. Ich erhielt aus dem Tierexportgeschäft Reichelt in Berlin eine spontan eingegangene Schildkröte, aus deren Lungen ich einen säure- und alkoholfesten Bazillus isolierte. Schildkröten sollen nach Mitteilungen des Inhabers des Geschäfts öfters an Lungenkrankheiten zugrunde gehen. Dieser Bazillus ist morphologisch und tinktoriell dem Tuberkelbazillus ähnlich; er zeigt in älteren Kulturen Stäbchen- und Fadenform, dichotomische Verzweigungen, kolbenförmige Anschwellungen. Auf Nährböden ist ein trockener, oft rahmiger Belag, oft etwas gelblich gefärbt. Auf Bouillonkulturen bildet sich ein Häutchen. Dieser Bazillus dürfte dem Friedmann'schen ähnlich sein. Ich habe mit diesem Bazillus ebenfalls Immunisieruns- und Heilversuche angestellt und zwar nach der Koch'schen Vorschrift habe ich intravenöse Injektionen gemacht. Koch stand auf dem Standpunkte, daß die Tuberkulose so schlecht zur Ausheilung kommt, weil im Blute der Kranken zu wenig Bazillen zwecks Erzeugung von Antikörpern kreisen. Koch sagte: „Nur kräftige Schläge können bei Tuberkulose Immunität erzeugen." Meine Resultate mit den Schildkrötenbazillen standen hinter den mit Kochs Tuberkelbazillen-Emulsion erzielten Resultaten zurück, weshalb ich die Versuche nicht weiter fortsetzte. Friedmann nun will mit seinem Schildkrötenstamm in Abweichung von dieser von Koch angegebenen intravenösen Applikation Immunität und Heilung erreichen durch eine einmalige subkutane oder intramuskuläre Einverleibung von Bakterien mittels Schaffung eines im Körper lange fortwirkenden Depots von Antigenen; mit drei nach dieser Methode angestellten Versuchen mit meinem Schildkrötenstamm hatte ich noch geringere Erfolge als mit der intravenösen Injektion. Man erzielt also immer nur eine geringe Immunität, welche ja aber auch ganz selbstverständlich ist, weil ja alle diese Bakterien einer gemeinsamen Gruppe angehören, deren Besonderheit eben ist, daß sie alle eine Fetthülle besitzen, folglich ihre Antikörper als mehr oder weniger starke fettlösende Fermente gegen säurefeste Bakterien wirken — eine Immunität, welche aber weder zur vollständigen Immunisierung noch zur Heilung der Tuberkulose ausreicht; es handelt sich hier lediglich um die Erscheinung einer „Gruppenreaktion"; es läßt sich weder mit der Schildkrötentuberkulose noch mit der Fischtuberkulose der Franzosen Duband und Perre noch mit meiner Blindschleichentuberkulose eine volle Immunisierung resp. Heilung der Tuberkulose erzielen; sondern nach dem Grundsatze der spezifischen ätiologischen Therapie müssen wir die von Koch vorgeschriebenen Richtlinien bei der Behandlung der Tuberkulose weiter ausbauen d. h. nur echte Tuberkelbazillen resp. seine Stoffwechselprodukte können die spezifische Immunität resp. Heilung bewirken. — Ich möchte auf Grund der negativen Resultate bei den Versuchstieren bei der Immunisierung und Heilung der Tuberkulose mittelst Kaltblütertuberkelbazillen (Blindschleichen-, Fisch- und Schildkrötentuberkulose) doch dringend zur Vorsicht raten; meine Ergebnisse decken sich mit denjenigen der französischen Forscher Duband, Perre und Bataillon, mit denen ich zusammengearbeitet und publiziert habe, und ich möchte die Warnung aussprechen, hüten wir uns, daß wir zur politischen Niederlage nicht noch eine wissenschaftliche Blamage hinzufügen. Noch marschieren wir an der Spitze der Wissenschaft!

Es ist eine Ehrenpflicht und auch eine Utilitätspflicht des deutschen Volkes, alles zu tun, um die zumeist in der Blüte des Lebens stehenden Militärpersonen von der Tuberkulose zu befreien; sie wieder zu glücklichen nützlichen, arbeitsfähigen und damit auch steuerkräftigen Mitgliedern der Gesellschaft zu machen. Wenn auch in wirtschaftlicher Beziehung die Aussichten für die nächsten Jahre bei uns trübe sind, so dürfen wir nicht nachlassen, im Kampfe gegen die Lungentuberkulose die bewährten Heilmethoden voll und ganz zur Anwendung zu bringen, um auch unser Teil zum Wiederaufbau Deutschlands beizutragen. Durch Bekämpfung dieser Volkskrankheit, die ja viel mehr Opfer jahraus jahrein fordert als der männermordende Krieg, werden wir es in absehbarer Zeit erreichen, daß wir als ein 100 Millionen-Volk starkes Großdeutschland unsere Großmachtstellung in der Welt zurückerobern.

II. Referate.

Prof. Dr. **P. Uhlenhuth** und Dr. **Margarete Zuelzer** (Berlin): **Ueber das Vorkommen des Erregers der ansteckenden Gelbsucht (Spirochaeta icterogenes) bei freilebenden Berliner Ratten.** (Med. Klinik 1919, Nr. 51.)

Von Uhlenhuth und Fromme war schon vor einigen Jahren bei Ratten in den Nieren und im Urin das Vorkommen des Erregers der Weil'schen Krankheit (Spirochaeta icterogenes) nachgewiesen worden. Wegen der epidemiologischen

Bedeutung dieser Frage stellten die Verfasser weitere Untersuchungen über das Vorkommen dieser Spirochäte bei freilebenden Ratten an. Bei 89 aus Berlin und Umgegend stammenden wilden Ratten fanden sich in 9 Fällen in den Nieren, resp. im Urin Spirochäten der Weil'schen Krankheit. Die Krankheit scheint bei Ratten meist latent zu verlaufen, dagegen erwiesen sich die Spirochäten als für Meerschweinchen und Mäuse pathogen, die unter typischen Erscheinungen des Ikterus erkrankten. Auf Grund ihrer Beobachtungen vermuten die Verfasser, daß die Ratten bei der Verbreitung der Weil'schen Krankheit eine wichtige Rolle spielen; es ist dies ein Grund mehr, die Rattenplage mit allen Mitteln zu bekämpfen.

Dr. **Arnold Kirch** (Wien): **Zur Pathologie der hämorrhagischen Diathesen.** (Wiener Klin. Wochenschrift, 1919, Nr. 51.)

Neuerdings werden hämorrhagische Erkrankungen in vermehrter Zahl beobachtet, meist unter dem Bilde des Skorbuts. Verfasser teilt 4 derartige Fälle mit, welche Männer im Alter von 46—76 Jahren betreffen, einer der Kranken starb nach kurzer Zeit. Hämatologisch lassen sich die einzelnen Formen der hämorrhagischen Diathese meist scharf unterscheiden. Die Ursache dieser Erkrankungen ist, von Infektionen abgesehen, unzureichende Ernährung (Kriegskost). Notwendige Voraussetzung für alle hämorrhagischen Diathesen ist nach Verfasser Gefäßschädigung. Die Blutplättchen sind nicht nur ein wichtiger Faktor beim Zustandekommen der Gerinnung, sie haben vielleicht auch die Aufgabe die Gefäßwände zu dichten. Achylia gastrica und perniziöse Anämie sind wohl gleichwertige Momente. Folgen einer unzureichenden Nahrung oder alimentärer Schädigung.

Dr. **Engelen** (Düsseldorf): **Die Erwerbsbehinderung bei Medianuslähmung.** (Aerztl. Sachverständigen-Zeitung 1920. Nr. 8.)

Die Medianuslähmung ist meist traumatischen Ursprungs. Ihre Folgen sind: Behinderung der Pronation des Vorderarmes über die Mittelstellung hinaus, Behinderung der Bewegung und Gegenstellung des Daumens sowie Schwächung der Finger. Die Erwerbsbehinderung ist bei der Arbeitshand mit 70% zu bewerten, bei der Nichtarbeitshand mit 60%. Eine voll ausgeprägte Medianuslähmung ist 15% niedriger einzuschätzen als der Verlust der Hand.

Hh.

Dr. **Sieben: Tic und Myoklonie und ihre Behandlung.** (Mediz. Klinik 1919, Nr. 52.)

Vaccineurin ist ein nach Angabe von Döllken von dem „Sächsischen Serumwerk", Dresden, hergestelltes Präparat, ein Gemisch von Autolysaten des Bazillus prodigiosus nud Staphylokokkus, welches nach den bisherigen Erfahrungen sehr günstig auf gewisse Erkrankungen peripherischer Nerven einwirkt. Verf. hatte Gelegenheit, die günstige Wirkung des Präparats in einem Falle von Tic mit anschließender Myoklonie zu beobachten. Es handelte sich um einen 32 jährigen Mann, der seit März 1918 sehr starke Schmerzen in der Stirn, später auch im Kopf bekam, im Anschluß daran Muskelkrämpfe beider Gesichtshälften, besonders links. Später erstreckten sich die Muskelkrämpfe auch auf die Muskeln des Halses, Nackens und der Extremitäten, besonders der linken Seite. Nachdem der Kranke längere Zeit ohne Erfolg in verschiedenen Krankenhäusern behandelt worden war, begann Verf. ihn mit Vaccineurin zu behandeln. Hierdurch wurde die Trigeminusneuralgie völlig beseitigt. Die Muskelkrämpfe hörten bis auf geringe Reste auf. Das Vaccineurin wurde intraglutäal in folgenden Dosen gegeben: $^1/_{50}$ ccm, $^1/_{25}$ ccm, zweimal $^1/_{20}$, zweimal $^1/_{15}$, sechsmal $^1/_{10}$, sechsmal $^1/_5$ ccm. Die Einspritzungen waren vollkommen schmerzlos und führten auch niemals zu einer lokalen Reaktion.

Dr. **Otto Alfred Rösler** (Graz): **Ueber die Wirksamkeit der verschiedenen wässrigen Auszüge der Digitalis purpurea.** (Therapie der Gegenwart, 1919, Dezember.)

Verfasser stellte vergleichende Untersuchungen an Kranken mit dekompensierten Herzfehlern bezüglich der diuretischen Wirkung der verschiedenen wässerigen Digitalisauszüge an. Die Kranken erhielten im Laufe von 4—6 Tagen 2 g Digitalisblätter, und zwar 0,5 : 150 als Tagesdosis. Zur Anwendung kam erstens das gewöhnliche Infus, zweitens eine 24 stündige Mazeration, drittens eine 24 stündige Mazeration, der noch das erkaltete Infus der bereits mazerierten Digitalisblätter zugesetzt wurde (Mazero-Infus). Die Mazeration wurde derart bereitet, daß die möglichst zerkleinerten Digitalisblätter in einer Infundierbüchse mit destilliertem Wasser kalt übergossen und 24 Stunden unter häufigem Umrühren stehengelassen wurden. Nach dieser Zeit wurde der Auszug durch einen entsprechenden Perkolator geschickt und das Abtropfen wie bei den Fluidextrakten gehandhabt. Als Ergebnis seiner Versuche stellte Verfasser die gute diuretische Wirkung der wässerigen Auszüge der Digitalis purpurea im allgemeinen und die stärkere Wirkung der Mazeration und des Mazeroinfuses gegenüber dem gewöhnlichen Infus fest. R. vermutet, daß die kombinierte Wirkung der beiden Digitalisglykoside, Gitalin und Digitaleïn, diese gesteigerte Diurese bei kardialen Oedemen hervorruft.

Dr. **W. Haug** (Magdeburg-Sudenburg): **Zwei Fälle von Luminalvergiftung.** (Münch. med. Wochenschrift 1919, Nr. 52.)

Verfasser sah bei zwei Kranken, schweren Fällen von Epilepsie, nach Luminal Vergiftungserscheinungen auftreten. Die Dosis war 3 mal täglich 0,1 g. Bei der einen Kranken trat 4 Wochen nach Beginn der Behandlung plötzlich unter hohem Fieber und blutig schleimigen Durchfällen am ganzen Körper, mit Ausnahme von Gesicht und Händen, ein scharlachartiges Exanthem auf; außerdem bestand leichte Benommenheit. Nach Aussetzen des Medikamentes in zwei Tagen Entfieberung, geformter Stuhl und Abblassen des Exanthems; keine Schuppung. Nach 10 Tagen wieder eine Woche lang 2 mal tägl. 0,1 Luminal ohne Störungen. Vorläufig frei von Anfällen. Bei der anderen Kranken trat bereits nach 11 tägigem Luminalgebrauch hohes Fieber auf, nach 3 Tagen stellte sich ein scharlachartiges Exanthem ein, dazu reichlich schleimige Durchfälle, Albuminurie, schwere Beeinträchtigung des Sensoriums. Nach Aussetzen des Mittels schwanden sämtliche Erscheinungen in wenigen Tage. Das Befinden wurde wieder gut, die Anfälle blieben vorläufig aus. Zur Vermeidung derartiger Vergiftungserscheinungen empfiehlt Verf. die Tagesdosis auf 0,2—0,25 g, wenigstens bei geschwächten Kranken, zu beschränken.

Dr. **Rudolf Decker jun.** (München): **Die Bekämpfung postoperativer Durstzustände mittels Cesol-Merck.** (Münch. med. Wochenschrift, 1919, Nr. 52.)

Cesol ist ein von Wolffenstein auf synthetischem Wege dargestelltes Pyridinderivat, welches ähnlich wie Pilokarpin wirkt, jedoch frei von schädigenden Nebenerscheinungen ist. Es wird zur Bekämpfung von quälendem Durst besonders nach Operationen, empfohlen. Es kommt in Ampullen in den Handel, welche 0,2 der wirksamen Substanz in 1 ccm Wasser enthalten. Die Anwendung geschieht in Form von subkutanen Injektionen. Verfasser kann das Mittel auf Grund seiner Erfahrungen durchaus empfehlen, er hat immer die volle Dosis gegeben, ohne unangenehme Nebenerscheinungen zu sehen. Schon ¼ Stunde nach der Einspritzung hört das quälende Durstgefühl auf, es tritt dabei reichliche Speichelsekretion ein; die Dauer der Einwirkung beträgt 4—6 Stunden; die Einspritzung kann dann, wenn nötig, wiederholt werden.

Dr. **Johannes Elsner** (Dresden): **Das F. F. Friedmann'sche Tuberkuloseheilmittel in der Orthopädie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1919, Nr. 50—52.)

Verfasser behandelte im ganzen 152 Fälle von chirurgischer Tuberkulose (Spondylitis, Gelenktuberkulose) bei Kindern und Erwachsenen mit der Friedmann'schen Vakzine und berichtet im einzelnen über den Verlauf von 50 dieser Fälle. Auf Grund seiner Erfahrungen hält er das Mittel bei richtiger Indikationsstellung und Dosierung für sehr wertvoll; er sah Besserung und Heilung von jahrelang bestehenden Tuberkulosen, die mit den verschiedensten anderen Methoden ohne oder mit nur sehr geringem Erfolg behandelt waren, und zwar teilweise überraschend schnell eintreten. Nicht angezeigt ist das Mittel nach E. zunächst bei hochbetagten Kranken und solchen, deren Allgemeinzustand schwer darniederliegt, ferner bei Pirquet-negativen Fällen und bei Kombination mit fortgeschrittener Lungentuberkulose, sowie bei anderweitiger multipler Tuberkulose, z. B. Verbindung von Lupus, Knochen- und Drüsentuberkulose. Auch seit der Kindheit bestehende sehr ausgedehnte Drüsentuberkulose bei Erwachsenen bildet eine Gegenanzeige; dagegen sind frische, bis ein Jahr bestehende Affektionen und Kinder mit Drüsentuberkulose sehr geeignet für die Behandlung, doch sollen Kranke mit Drüsentuberkulose möglichst schwach gespritzt werden. Was die Dosierung anlangt, so soll man nach Verf. eher zu schwach als zu stark injizieren; die richtige Dosierung erlernt man durch die Erfahrung.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Aerztliche Gesellschaft für Mechanotherapie.

(Fortsetzung.)

Dr. **Franz Kirchberg** (Berlin): **Atmungsgymnastik und Atmungstherapie.** (Ist im Original in No. 9 und 10 dieser Zeitschrift erschienen.)

Sanitätsrat Dr. **Guradze** (Wiesbaden): **Chronische Rheumatismen und Mechanotherapie.** (Ist im Original in Nr. 12/13 dieser Zeitschrift erschienen.)

Aussprache:

Sanitätsrat Dr. **Lubinus** (Kiel): Ich habe im ganzen 7 Fälle mit Sanarthrit behandelt. Sogenannte große Reaktionen habe ich kein Mal erhalten. Die Temperaturen gingen nicht über 38,2 hinaus. Kopf-

schmerzen, Abgeschlagenheit waren stets vorhanden. 6 Fälle wurden gleichzeitig mit Massage, Gymnastik und Wärme behandelt; ein sehr schwerer Fall bei einer Frau von 68 Jahren erhielt nur Einspritzungen. Besonders der gute Erfolg bei der letzteren Patientin veranlaßte mich zu dem Schluß, daß wir die Sanarthrit-Behandlung als Fortschritt begrüßen dürfen. Von den Urtiarsyl-Injektionen habe ich keinen Erfolg gesehen.

Dr. **Hirsch** (Charlottenburg): Die Urtiarsyl-Therapie ist aus der Behandlung mit Ameisensäure-Einspritzungen hervorgegangen, die von einem Nichtarzt in großem Stil betrieben wird. Urtiarsyl ist eine Kombination von Ameisensäure mit arseniger Säure. Die Mitteilungen des Erfinders Gemmel sprechen durchaus nicht eindeutig für Urtiarsyl, da die Urtiarsylkuren, über die er berichtete, in Verbindung mit der Salzschlirfer Trink- und Badekur vorgenommen wurden.

Dr. **A. Laqueur** (Berlin): Ich habe das Urtiarsyl in zwei Fällen angewandt. Das eine Mal handelte es sich um eine Patientin mit chronischer Polyarthritis, wo das Mittel im Anschluß an eine Diathermie- und Fango-Behandlung angewendet wurde, welche bereits eine gewisse Besserung gebracht hatte. Die Fortschritte der Besserung waren nach Urtiarsyl-Injektionen auffallend rasche, so daß sie sich nicht allein als Nachwirkung der früheren physikalischen Behandlung erklären lassen. Im zweiten Falle, einer Arthritis deformans der Hüftgelenke, versagte das Mittel völlig. Irgend welche schädliche Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Sanitätsrat Dr. **Guradze** (Wiesbaden): Zur Sanarthrit-Behandlung noch ein Wort: Zum Zweck der intravenösen Einspritzung mit Sanarthrit bedürfen die Patienten einer klinisch-stationären Aufnahme. Die Reaktionen auf die Einspritzungen mit Fieber, Schüttelfrost, Herzbeklemmungen und Angstzuständen, welche zuweilen auftreten, machen eine ständige ärztliche Ueberwachung notwendig und schließen ambulante Behandlung aus. Die schwere Reaktion klingt gewöhnlich nach 8 bis 12 Stunden ab.

Dr. **Max Böhm** (Berlin): **Operative und mechanische Nachbehandlung von Kriegsverletzungen.** (Ist im Original in Nr. 19 dieser Zeitschrift erschienen).

Aussprache:

Sanitätsrat Dr. **Lubinus** (Kiel): Es kommt wesentlich darauf an, wie man das Brisement ausführt. Führt man es in Etappen schonend aus, so daß man durch dasselbe keine neuen Verletzungen setzt, so kann man mit ihm recht zufriedenstellende Erfolge erzielen.

Dr. **Hertzell** (Bremen): Ich habe mit dem etappenweisen Redressement von Kniekontrakturen die besten Erfahrungen gemacht. In einem Falle schwerer, fast rechtwinkliger Kniekontraktur wurde das betreffende Bein zunächst in der Ausgangsstellung eingegipst und hierauf zu verschiedenen Malen mit Pausen von mehreren Tagen ein vorsichtiges Redressement ausgeführt.

Bei dem Eingriffe, jedesmal ohne Narkose ausgeführt, wurde eine Querspaltung des Gipsverbandes vorgenommen, hierauf durch Ausübung von Schraubendruck das Bein um einige Winkelgrade mehr gestreckt und dann der Verband durch Einbringen von Gips in den entstandenen Spalt der Kniekehle wieder befestigt. Dieses Verfahren wurde ohne Narkose 3 mal wiederholt und hierdurch die Kniekontraktur vollständig beseitigt.

Geheimrat Prof. Dr. **Schütz** (Berlin): Ich habe auch nur dann Ausbleiben schwerer entzündlicher Reaktion und Dauererfolg von Brisement bei Gelenkverlötung gesehen, wenn es etappenweise ausgeführt wurde. Dagegen kann bei mehr umschriebenen entzündlichen Verwachsungen z. B. am Schultergelenk unbedenklich die volle gewaltsame Bewegung in einer Sitzung ausgeführt werden. Die Stellung im Verbande muß dann selbstverständlich so gewählt werden, daß die getrennten Verwachsungsstellen sich 8—10 Tage nicht berühren.

Sanitätsrat Dr. **Guradze** (Wiesbaden): Zu Brisement möchte ich bemerken, daß ich bereits vor vielen Jahren die Mobilisation in Etappen empfohlen habe. In Narkose wird ein versteiftes Gelenk etwa um 30 Grad mobilisiert, für 2 Tage in einen Jutefließverband gelegt (nicht in Gips fixiert) und nach 2—3 Tagen sofort mit Medikomechanik, heißer Luft und Massage begonnen. Nach 2 bis 3 Wochen wird in Narkose noch einmal 20 bis 30 Grad weiter mobilisiert mit der gleichen Nachbehandlung und so fort. Schwere Beugekontrakturen z. B. des Knies strecke man im Etappengipsverband, wie es Herr Hertzell eben erwähnte.

Zur Nagelextension: Bei schweren Frakturen, namentlich Oberschenkelfrakturen, mit starker Verkürzung und Dislokation habe ich bisher stets den kombinierten Streckgipsverband angewendet mit folgendem kleinen Kunstgriff: Man gipse zuerst den Fuß ein und verstärke die Streckschlinge des Streckverbandes durch einige schmale Gipstouren, mache den Gipsverband etwa bis zum Knie; dann erst lege man die Schlinge auf den Hacken und strecke in Narkose auf dem Schede-Tisch und vollende den Gipsverband, beim Oberschenkelbruch mit Einbeziehung des Beckens. Ich habe so eine komplizierte Schlußfraktur mit 9 cm Verkürzung bis auf 1½ cm ausgeglichen.

Zur Pseudarthrosenbehandlung: Es kommt darauf an, ob an den Frakturenden die Knochenmarkhöhle noch offen ist. Sind die Frakturenden mit Narbenbindegewebe bedeckt und die Markhöhlen dadurch gegeneinander abgeschlossen, so wird die konservative Therapie mit Belastung und Bewegungsreiz nie zum Ziele führen. In diesen Fällen lege man operativ die Frakturenden frei, reseziere so viel, daß man auf die offene Markhöhle und auf wunden Knochen kommt und vereinige die Frakturenden durch die Knochennaht. So habe ich bei einer ganz schweren Pseudarthrose des Oberschenkels mit starker Dislokation und Knickung der Frakturenden zu einander operativ eine vollkommene Festigkeit des Knochens erzielt. Eine Verkürzung muß man hierbei selbstverständlich auf Kosten der guten Funktionen des Beines mit in den Kauf nehmen.

Sanitätsrat Dr. **Blumenthal** (Berlin): Mit der etappenweisen Streckung des Kniegelenks habe ich gleichfalls gute Erfahrungen gemacht, wollte aber vor allem darauf hinweisen, daß auch bei der blutigen Behandlung von spitzwinkligen Knieankylosen nach der Mitteilung von Sachs ein etappenweises Vorgehen sehr gute Resultate gibt und die sonst drohende Gangrän bei sofortiger gänzlicher Streckung mit Sicherheit vermeidet.

Dr. **Michaelis** (Leipzig): Ich warne vor allzugroßem Optimismus bei der Behandlung narbiger Kontrakturen mit chemischen Mitteln wie Fibrolysin und Cholinchlorid. Ersteres ist fast immer unwirksam geblieben, Cholinchlorid zeigte zuerst nur eine ganz vorübergehende Besserung, die nach meiner Ansicht nur auf die vorgeschriebene starke Hyperaemie-Erzeugung durch fortdauernde Wärme zurückzuführen ist.

Sanitätsrat Dr. **Kirsch** (Magdeburg): Je nach der Ursache der Versteifung muß bei der Kontraktur der Gelenke verschieden vorgegangen werden. Am besten eignet sich das Schultergelenk zum Brisement. Wenn auf Beweglichkeit gerechnet werden soll, darf kein Gipsverband verwendet werden.

Elfte Tagung der Deutschen Röntgenologischen Gesellschaft.

Zum ersten Male nach dem Krieg tagten die Deutschen Röntgenologen im Langenbeck-Virchow-Haus; den Vorsitz führte Prof. Grashey (München). In der Geschäftssitzung wurde über den Hochschulunterricht in der Röntgenlehre und verwandte Fragen verhandelt. Zu Ehrenmitgliedern wurden ernannt der Physiker Prof. v. Laue in Berlin und Prof. Rieder (München). Die wissenschaftlichen Verhandlungen waren am ersten Sitzungstage der Röntgendiagnostik gewidmet. Ueber ihre Ergebnisse mit der pneumoperitonealen Röntgendiagnostik berichteten Rautenberg (Berlin-Lichterfelde) und Götze (Frankfurt a. M., früher in Halle a. S.). Der Gegenstand ist unseren Lesern aus früheren Berichten bekannt (vgl. vor. Jahrgang S. 131 und 192). Levy-Dorn (Berlin) sprach über die Röntgendiagnose der Lungentumoren unter Vorlegung einer Anzahl interessanter Bilder, ferner über das Röntgenbild des Fornix ventriculi (Aufnahme in schräger Rückenlage mit gesenktem Kopfende). Max Cohn (Berlin) berichtete über den röntgenologischen Nachweis der Mesenterialdrüsentuberkulose. K. Immelmann (Berlin) zeigte Bilder eines sehr langen, beweglichen Wurmfortsatzes. A. Köhler (Wiesbaden) zeigte eine Anzahl von Bildern des Fußskelettes mit einer typischen Erkrankung des zweiten Metatarsophalangealgelenkes. Lorey (Hamburg) berichtete über eine sehr seltene familiäre Skeletterkrankung bei Kindern, die mit Sehstörung und Hydrozephalus, sowie häufigen Frakturen einhergeht. Das Röntgenbild zeigt verdickte Röhrenknochen ohne jede Struktur. Später Kiefernekrose mit Fisteln, perniziöse Anämie. Mosenthal (Berlin) sprach über Pyelographien mit Pyelon und Jodkali. 5 proz. Jodkali gibt gute Schatten, macht aber Schmerzen. Pyelon (kolloidales Jodquecksilber) scheint sich besser zu bewähren. Bucky (Berlin) behandelte den Nachweis von Knochen in der Asche verbrannter Leichen durch Röntgenstrahlen. —

Der zweite Sitzungstag war für die Röntgentherapie reserviert. Wintz (Erlangen) erörterte eingehend die Grundlagen einer erfolgreichen Röntgentherapie, Christoph Müller (München) sprach über die Indikationen zur Strahlenbehandlung der Karzinome, Heimann (Breslau) über die gynäkologische Röntgentherapie und über die Beeinflussung der Eierstocksfunktion durch die Bestrahlung. Die Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose behandelte Heßmann (Berlin), O. Strauß (Berlin) berichtete über Erfolge der Strahlentherapie bei Erkrankungen des Nervensystems (Syringomyelie, Akromegalie, Epilepsie) Manfred Fraenkel (Berlin) über die Reizdosenanwendung in ihrer Bedeutung für die Röntgentherapie, speziell bei Tuberkulose und allgemeiner Karzinose. Angriffspunkte: Milz, Lymphdrüsen, Knochenmark. Albers-Schönberg (Hamburg) über ein durch Röntgenbestrahlung dauernd geheiltes Melanosarkom am Hornhautrand. Auf die Dosierungsfrage bei der Röntgentiefentherapie bezogen sich Mitteilungen von Dessauer (Frankfurt a. M.) und Voltz (Erlangen). —

Es folgten dann eine Anzahl von Vorträgen und Demonstrationen über Neuerungen der Röntgentechnik. Wir erwähnen daraus den Vortrag von Dessauer (Frankfurt am Main) über die Einstellung der Strahlenkegel bei der Tiefentherapie von Loose (Bremen) über eine neue Art der Röntgentechnik: L. benutzt als Filter eine Schicht von Kristallen, die zum größten Teil aus Aluminiumsulfat bestehen. Stein (Wiesbaden) demonstrierte einen biegsamen Durchleuchtungsschirm (Heyden), welcher dem Kranken angeschnallt wird und der Körperoberfläche dicht anliegt, wodurch ein plastischer Eindruck der durchleuchteten Organe hervorgerufen wird. R. L.

IV. Bücherschau.

Geschichte der Medizin von Dr. med. et phil. **Paul Diepgen,** a. o. Professor für Geschichte der Medizin in Freiburg in Br. III. Neuzeit (Sammlung Göschen Nr. 786). Berlin und Leipzig 1919. 142 S. 1,60 M.

Verfasser, der in zwei früheren Nummern der Sammlung Göschen die Geschichte der Medizin im Altertum und Mittel-

alter geschildert hatte, bringt im vorliegenden Bändchen die neuzeitliche Entwicklung der Heilkunde zur Darstellung, und zwar von Vesalius bis zur Begründung der Zellularpathologie durch Rudolf Virchow (1858). Es kam dem Verfasser weniger darauf an, interessante biographische Schilderungen großer Mediziner der Vergangenheit zu bieten, als vielmehr die Gesamt-Entwicklung der medizinischen Wissenschaft in der Neuzeit dem Verständnis näher zu bringen, vor allem ihre Abhängigkeit von der politischen und kulturellen Entwicklung der modernen Kulturvölker, sowie ihren Zusammenhang mit der Entwicklung der übrigen Wissenschaften aufzuzeigen. Dieses Ziel ist ihm auch vollständig gelungen. Fast alle Aerzte und Forscher, von denen die Heilkunde gefördert wurde, haben Erwähnung gefunden; als fehlend ist mir nur der Wundarzt und Oculist Georg Bartisch (1535-1607) aufgefallen, dessen „Kunstbuch" über den Steinschnitt von dem kürzlich verstorbenen Berliner Urologen O. Mankiewicz herausgegeben wurde (Berlin 1905, Verlag von Oscar Coblentz). Von Bartisch rührt auch das erste deutsche Werk zur Augenheilkunde her. Er hätte also Erwähnung verdient. In einem Schlußband wird D. die Entwicklung der Medizin bis zur Gegenwart darstellen.

R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Am 19. Mai d. J. wurde im Plenum der Deutschen Nationalversammlung noch einmal der Gesetzentwurf über die Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung beraten, durch welchen die Versicherungsgrenze von 5000 Mark auf 15 000 M. erhöht wurde. Der mehrheitssozialdemokratische Abgeordnete Hoch brachte hierzu im Namen seiner Fraktion einen Antrag ein, die Versicherungsgrenze auf 25 000 Mark (!) zu erhöhen. Nachdem der Vertreter der demokratischen Partei hiergegen gesprochen und den sozialdemokratischen Antrag als Wahlmache gekennzeichnet hatte, wurde der Antrag abgelehnt und das Gesetz in der Fassung des Ausschusses (Grenze der Versicherungspflicht 15 000 Mark) angenommen. Damit ist die Versicherungsgrenze vorläufig endgiltig festgelegt. Jedoch ist es nach den Ausführungen des demokratischen Redners nicht ausgeschlossen, daß die ganze Angestellten- und Invaliditätsversicherung im neuen Reichstag einer eingehenden Nachprüfung unterzogen wird.

In Leipzig wurden die Verhandlungen zwischen der Vertretung der Deutschen Aerzteschaft und den Vertretern der großen Krankenkassenorganisationen vorläufig abgebrochen. Am 16. Mai beriet in Leipzig der Beirat des Leipziger Aerzteverbandes über die Kassenfrage. Es wurde von einem Schreiben des Reichsarbeitsministeriums Kenntnis gegeben, wonach die Reichsregierung für den Fall des vertraglosen Zustandes zwischen Krankenkassen und Aerzten beabsichtigt, zum § 370 der R. V. O. eine Notverordnung zu erlassen. Diese soll vor allem über obere und untere Schiedsinstanzen bestimmen. Die oberste für das ganze Reich soll von den Aerzten angerufen werden können, wenn ihnen weniger als 50 Prozent Honorarerhöhung zugesprochen, von den Kassen, wenn von ihnen über 100 Prozent Erhöhung verlangt wird. Einstimmig wurde eine Entschließung angenommen, wonach der vertraglose Zustand am 25. Mai d. J., mittags 12 Uhr eintreten soll; jedoch ist der Beirat damit einverstanden, daß auf etwaiges Ersuchen der Kassenverbände oder der Regierung nochmals Einigungsverhandlungen in einem paritätischen Ausschuß unter einem von beiden Teilen vereinbarten Vorsitzenden versucht werden, unter der Bedingung, daß dort über sämtliche Streitpunkte und zwar zuerst über die Frage der freien Arztwahl verhandelt wird, daß vor Beendigung dieser Verhandlungen seitens der Regierung keinerlei Verordnungen erlassen oder Maßnahmen getroffen werden, die in den schwebenden Streit eingreifen, und daß von den Krankenkassen keine Versuche zur Gewinnung von Nothelfern gemacht werden.

Während so im Reich die Verhältnisse sich zugespitzt haben, gehen in Berlin, wo der Groß-Berliner Aerztebund die Sache in die Hand genommen hat, die Verhandlungen zwischen Aerzten und Krankenkassen weiter, und es besteht einige Aussicht, daß eine Einigung zustande kommt. Den Verhandlungen wird ein von den Aerzten ausgearbeiteter Entwurf über die freie Arztwahl zugrunde gelegt. Nach Beendigung dieser Verhandlungen werden solche über die Honorarerhöhung beginnen, zu der die Kassen sich grundsätzlich bereit erklärt haben. — Im Gegensatz zu den friedlichen Verhältnissen in Berlin wurde im Kreise Niederbarnim vom 10. Mai an der vertraglose Zustand von der kassenärztlichen Vereinigung verkündigt, weil die dortige Allgemeine Ortskrankenkasse den Aerzten das Recht zur fristlosen Kündigung bestritten hatte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Potsdam. Zum Stadtmedizinalrat wurde der Stadtschularzt Dr. Peters in Halle gewählt.

Greifswald: Dr. Schiff habilitierte sich als Privatdozent für Hygiene.

Erlangen. Professor Penzoldt, der vor einigen Monaten seinen 70. Geburtstag feierte, tritt vom Lehramt zurück. Für die dadurch erledigte ordentliche Professur der inneren Medizin und Leitung der medizinischen Klinik ist der a. o. Professor Dr. L. R. Müller (Würzburg) in Aussicht genommen.

Bäderwesen.

Die ständige Bäderausstellung des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin, Luisenplatz 2—4, ist in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1920, Nr. 9, von Apotheker Matz (Berlin) klar und übersichtlich beschrieben.

Die schöne Ausstellung verdient gerade zu Beginn der Kurzeit die größte Beachtung der Aerzte, welche sich ein Bild von den Bädern machen wollen, in welche sie ihre Patienten schicken könnten. Wenn auch die Ausstellung in ihrer übersichtlichen Anordnung nichts zu wünschen übrig läßt, so kann man die kurze Skizze von Matz als einen ausgezeichneten Führer nur mit Freude begrüßen. In Frage kommen die Bäder Aßmannshausen, Baden-Baden, Bertrich, Ems, Homburg, Karlsbad, Langenschwalbach, Kissingen, Kreuznach, Münster am Stein, Nauheim, Nenndorf, Norderney, Pistyan, Pyrmont, Salzschlirf, Schlangenbad, Steben, Tarasp-Schuls-Vulpera, Wildbad und Wildungen; ferner die Sanatorien Thüringer Waldsanatorium Schwarzeck von Sanitätsrat Dr. Wiedeburg in Blankenburg (Thüringen), Nervenheilanstalt von Dr. Kahlbaum in Görlitz, Sanatorium Dr. Baumstark in Homburg, Kuranstalt Schloß Hornegg in Gundelsheim am Neckar, Sanatorium von Hofrat Dr. Dietz in Kissingen, Neue Heilanstalt für Lungenkranke in Schömberg bei Wildbad, Sanatorium Schömberg in Schömberg bei Wildbad (für Lungenkranke), Sanatorium Wehrawald im Schwarzwald (für Lungenkranke), Sanatorium Prof. Dr. Schücking und Sohn in Pyrmont, Jugendsanatorium Hubertusburg von Dr. Vogt in Zinnowitz (Ostsee) und Dr. Rumpfs Sanatorium für leicht lungenkranke Damen in Ebersteinburg bei Baden-Baden.

Hh.

Homburg v. d. H. Wegen der andauernden Besetzung der Stadt ist die für den Monat Mai in Aussicht genommene Tagung für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten auf den 26.—28. September d. J. verlegt worden.

Umrechnungstabelle für das von den Ausländern zu verlangende Honorar.

Gemäß dem von der Balneologischen Gesellschaft und dem Standesverein der Reichsdeutschen Badeärzte angenommenen Beschlusse sind im Juni von Ausländern mit überwertiger Valuta für je 10 M. Friedenshonorar zu verlangen:

von einem	in ausländischem Geld	in Papiermark
Holländer	5,88 Gulden	105 Mark
Belgier	12,50 Franken	42 „
Dänen oder Norweger	8,89 Kronen	72 „
Schweden	8,89 Kronen	91 „
Finnländer	10,00 Mark	26 „
Italiener	12,50 Lire	29 „
Engländer	19 sh 2 d	95 „
Amerikaner	2,40 Dollars	117 „
Franzosen	12,50 Franken	40 „
Schweizer	12,50 Franken	108 „
Spanier	12,50 Pesetas	103 „
Argentinier	2,50 Goldpesos	125 „

Dr. Lachmann-Landeck/Schlesien,
Schriftführer des Standesvereins der Reichsdeutschen Badeärzte.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.


BABY-CREME
„Kosmata"
FEINSTES
SPEZIALERZEUGNIS
FÜR DIE
KINDERHAUT.
REIZLOS-MILDE
ERSTKLASSIGE AUFMACHUNG!
BINDER & KETELS
HAMBURG-BERLIN
ZENTRALVERKAUFSKONTOR:
HAMBURG 23.



Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 5. Juni 1920 | No. 23

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

89. Jahrgang Berlin, 5. Juni 1920 No. 23

Erscheint jeden Sonnabend,
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

(Aus der Medizinischen Poliklinik Göttingen.)

Untersuchungen und Erfahrungen über Trockeninhalation.

Von Prof. Dr. **O. Bruns** in Göttingen.

M. H.! Ich erlaube mir, heute Ihre Aufmerksamkeit auf die Trockeninhalation zu lenken. Sie kommt neuerdings in zwei bzw. drei ganz verschiedenen Formen zur Durchführung, und zwar 1. als Kochsalzverdampfung nach Reißmann, 2. in der Form, daß Salzlösungen zerstäubt werden und der Zerstäubungsnebel durch zugeführte heiße Luft zu rascher Verdunstung gebracht wird, und 3. in der Art, daß man den Nebel des Spieß-Drägerschen Apparates erst nach seinem Austritt in die freie Luft, also in einiger Entfernung von der Maske, einatmet.

Beginnen wir mit der von Reißmann angegebenen Methode der Kochsalzverdampfung. Ein Platintiegel wird in einem elektrisch geheizten Tonofen bis 1400° erhitzt; bei 800° beginnt das im Tiegel befindliche reine Kochsalz zu schmelzen und gleichzeitig merklich zu verdampfen. Der Prozeß der Verdampfung wird dadurch beschleunigt, daß mittels eines elektrisch betriebenen Ventilators ein Luftstrom auf das geschmolzene Salz gerichtet wird. Auf diese Weise wird der neu entstehende Salzdampf immer wieder sofort abgeblasen und dem Inhalierenden zugeführt.

Ich habe aber auch ohne den Ventilator inhalieren lassen, indem ich den Kranken den Dampf durch ein direkt auf den Verdampfungstiegel aufgesetzten Trichter absaugen ließ.

Woraus besteht nun der weißliche Dampf, den wir aus der Verdampfungsschale aufsteigen sehen? Aus der Schicht des verflüssigten Kochsalzes reißen sich dauernd solche Kochsalzmoleküle, die eine besonders große kinetische Energie besitzen, los und streben in die Luft empor. Durch die Reibungswiderstände, die ihnen die Luft bietet, kühlen sich diese Dampfaggregate ab, werden also durch Sublimation zu feinsten Kriställchen. Stoßen diese Kochsalzmoleküle dagegen in der Luft untereinander zusammen, so verbacken sie und werden ebenfalls zu kleinsten Kristallen. Prallen sie jedoch auf Wasserdampfteilchen der Atmosphäre, so kondensieren sie sich zu feinsten Nebeltröpfchen. Diese stellen dann also hochkonzentrierte bzw. gesättigte Lösungen von Kochsalz dar. Aber auch diese Nebeltröpfchen werden durch die Verdunstung des Lösungsmittels bald wiederum zu Kristallen. Ebenso führt das Auftreffen von Kristallteilchen auf die Nebeltröpfchen durch sog. Impfwirkung zu Kristallbildung im Nebeltröpfchen.

Die Größe der aus den Nebeltröpfchen sich bildenden Kristalle hängt ab 1. von der Menge des gelösten Salzes, 2. von der Zahl der im Tröpfchen enthaltenen Kristallkeime. Sind es mehrere Keime, so können sie allerdings auch zu einem Kristall verschmelzen. Eine solche Verschmelzung verschiedener Keime bzw. kleiner Kristalle zu einem größeren wird jedoch desto weniger eintreten, je rascher die Lösung, also das Tröpfchen sich abkühlt, bzw. das Lösungsmittel verdampft. Abkühlung und Verdampfung werden natürlich durch die in den Schmelztiegel geblasene Luft wesentlich beschleunigt. Infolge Abkühlung in der Atmosphäre verwandeln sich also die Dampfaggregate zu Sublimationsprodukten, zu trockenem Kochsalzkristalldampf. Dieser hat z. T. noch Eigenschaften von Gasen. Er läßt sich z. B. glatt durch das Wasser von 6 Waschflaschen und 3 Kapillarsystemen hindurchsaugen.

Zur Feststellung der Größe der einzelnen Kristalle verwendeten wir ein Mikroskop mit Dunkelfeldeinrichtung. Die Untersuchung ergab, daß der Kochsalzdampf in der Atmosphäre besteht aus ungeheuren Mengen ultramikroskopischer Partikel. Daneben fanden wir aber auch Kochsalzwürfel bis hinauf zu 2 µ Größe. Je weiter vom Verdampfungstiegel entfernt wir den Kochsalzdampf zur Untersuchung auffingen, desto mehr nahm die Zahl der Kristalle über 0,5 µ zu. Vermutlich hatten die ultramikoskopischen Partikelchen sich inzwischen zu größeren Kriställchen vereint.

Anders werden die Dinge, wenn der inzwischen auf ca. 40° abgekühlte Kochsalzdampf in die feuchte Luft der Respirationsorgane kommt. Die Kristalle stoßen hier vielfach mit Wassertröpfchen der Atemluft zusammen. Dabei bilden sich wieder die schon bekannten Nebeltröpfchen. Konfluieren diese Tröpfchen, so kommt es zur Umkristallisation unter Kornvergrößerung, oder aber die einzelnen Kristallkeime wachsen unabhängig und bilden dann Konglomeratkristalle. In der Ausatmungsluft fanden wir zahlreiche derartige Gebilde, daneben Kochsalzwürfel bis zu 4 µ Größe. Die ultramikroskopischen Partikelchen hatten an Zahl bedeutend abgenommen.

Die im Respirationstraktus sich bildenden Kochsalznebeltröpfchen sowie die größten der Kristalle dürften sich wohl schon in den oberen Luftwegen absetzen. Die große Zahl der feinen Kriställchen aber breiten sich, ihrem Expansionsbestreben folgend, mit der Diffusion der Gase gleichmäßig im ganzen Atmungsorgan aus.

Wie sind nun die tatsächlichen Leistungen des Reißmann'schen Apparates? Die Menge des durch Erhitzung verdampften Kochsalzes ist allerdings bei der bisherigen Konstruktion des Apparates bei einer Sitzung recht gering. Sie beträgt 1½ g in einer Stunde höchstens, und wieviel von dem Dampf geht bei der Einatmung verloren! Setzt man allerdings auf den Verdampfungstiegel das Trichtersystem und läßt den Kranken den Dampf ansaugen, so ist der Verlust nur gering. Wohl aber kehrt mit der Ausatmungsluft wiederum ein beträchtlicher Teil des Dampfes in die Atmosphäre zurück. Wir sind eben dabei, diese Menge quantitativ zu bestimmen.

Wie steht es nun mit der Tiefenwirkung dieses Trocken-Inhalators. Will man die Tiefenwirkung eines Inhalates studieren, so muß man sich zuerst über dessen Resorptionsgeschwindigkeit unterrichtet haben. Es ist längst bekannt, daß die Tracheobronchealschleimhaut recht rasch resorbiert. So erscheint z. B. Jod, Kalium, Atropin etc. noch schneller im Harn, wenn man diese Stoffe auf die Trachealschleimhaut bringt, als wenn man sie subkutan in-

jiziert. Findet man also die inhalierten Salze nach einiger Zeit in den feinsten Bronchien und im Alveolargebiet, so können sie ebensogut auf dem Blut- wie auf dem Luftwege dorthin gelangt sein.

Zu meinen Versuchen über die Tiefenwirkung des Salzdampfes wählte ich Lithiumchlorid, da dessen Nachweis durch Flammenreaktion im Spektralapparat sehr fein ist und damit schon geringe Spuren von Lithium nachweisbar sind. Ich machte diese Untersuchungen an Kaninchen, die in einem Glaskasten saßen, in den Lithiumchlorid eingeleitet wurde. Die Versuche ergaben übereinstimmend, daß nach einer Inhalation bis zu 7 Minuten Dauer das Lithium nur in den zentralen Lungenteilen nachweisbar ist. Von der 8. Minute ab ist es aber regelmäßig auch in den Lungenrandpartien, also im Alveolargebiete, zu finden. Aber erst nach einer 15 Minuten dauernden Inhalation läßt sich das Lithium im Körperkreislauf nachweisen. Es kam also hier die primäre Durchtränkung des Lungengewebes mit Salz vom Blutkreislauf aus nicht in Frage.

Der Kristalldampf des Reißmann'schen Apparates breitet sich also in der Tat überall im Atmungsorgane aus, auch ohne daß der Kochsalznebel vom Kranken kräftig aspiriert wird. Gerade diese Fähigkeit zu kräftiger Aspiration ist ja bei chronischer Bronchitis, besonders wenn noch Emphysem und Thoraxstarre hinzukommen, recht mangelhaft. Wir sind also mit diesem Verfahren zweifellos imstande, auch auf der Schleimhaut der kleinsten Bronchien eine örtliche Wirkung zu erzielen.

Unsere klinischen Erfahrungen mit der Salzdampfinhalation sind recht befriedigend und entsprechen denen von Löwenstein. In 1. Linie wirkt der Dampf als kräftiges Expektorans. Der Schleim löst sich schon während der Inhalation. Die Kranken fühlen sich freier. Den Hustenreiz, den die Inhalation meistens auslöst, empfinden die Kranken durchaus nicht unangenehm, eben weil er sie von dem Schleim befreit. Reaktive Reizzustände im Bronchialsystem habe ich nie beobachtet.

Wir kommen nun zu einem zweiten Verfahren, das unter gewissen Bedingungen der Trockeninhalation zugerechnet werden darf: es ist das der Ihnen allen wohl bekannte Spieß'sche Vernebeler. Auch diesen Nebel haben wir einer genauen physikalischen und mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Die Inhalationsflüssigkeit wird in diesem Apparat mittels der Dräger'schen Düse in sehr feine Nebeltröpfchen zerstäubt. Die Tröpfchen betragen nach unseren Messungen 0,6 bis 45 μ; etwa 50% von ihnen sind unter 4 groß. Was wird nun aus diesen Nebeltröpfchen, wenn man die Maske nicht, wie bisher gebräuchlich, direkt vor den Mund hält, sondern den Nebel erst durch die Luft gehen läßt, ehe man ihn einatmet? Die Tröpfchen verdunsten recht bald in der Atmosphäre, namentlich dann, wenn mittelst des Heizapparats der mit der zerstäubten Inhalationsflüssigkeit beladene Luftstrom angewärmt wird. Eben weil die Nebeltröpfchen so rasch in der Atmosphäre verdunsten, dürfen wir die Spieß'sche Methode zur Trockeninhalation mitzählen.

Bei der Verdunstung bilden sich nun entweder aus den einzelnen Kristallkeimen des Tröpfchens lauter einzelne kleinste Kriställchen oder die verschiedenen Keime des Tröpfchens fließen zu einem Hauptkristall zusammen. Die Größe der Nebeltröpfchen bei verschieden konzentrierten Salzlösungen ist trotz der Differenz der Oberflächenspannung als gleich anzusehen.

Wir haben nun die Größe der Kristalle bei wachsender Konzentration des Inhalts bestimmt. Dabei ergab sich, daß bei 26 %iger Lösung die Kristalle bis zu 5 μ groß waren; bei 10 %iger Lösung die Kristalle bis zu 3 μ groß; bei einer 3 %igen Lösung endlich bis zu 3 μ groß. Das sind Größen, die wir bei der Salzverdampfung nie zu Gesicht bekamen. Bei der 10- und 3%igen Lösung fanden wir noch viele ultramikroskopische Teilchen, dagegen nicht mehr bei der 30% igen Lösung.

Wichtig ist, daß das Verhältnis der mikroskopischen zu den ultramikroskopischen Kristallteilchen sich mit abnehmender Konzentration immer mehr zugunsten der ultramikroskopischen Teilchen verschiebt.

Bei 26%iger Lösung verhalten sich die Kristallteile über und unter $1/2$ μ wie 3:4, bei 10%iger Lösung über und unter $1/2$ μ wie 19:48, bei 3%iger Lösung über und unter $1/2$ μ wie 13:40.

Dementsprechend würden die Salzteilchen aus relativ niedrig konzentrierten Lösungen tiefer in den Bronchialbaum eindringen. Ganz abgesehen davon ist die Anwendung einer 30 % igen Lösung schon deswegen abzuraten, weil sich nach spätestens einer Viertelstunde dauernden Inhalation die Düsen bei einer so hochkonzentrierten Lösung zu verstopfen pflegen.

Kommen Nebeltröpfchen in die Respirationsorgane, ehe das Salz auskristallisiert ist, so vergrößern sie sich vielfach durch den Wasserdampf in den Atemwegen; ebenso wie die eingeatmeten Kristalle sich dort wieder verflüssigen können. Es ist anzunehmen, daß der Nebel des Spieß'schen Apparates namentlich dann, wenn man die Maske direkt vor Mund und Nase hält, sich teilweise früher, d. h. mehr oralwärts im Bronchialbaum niederschlägt, als der Dampf des geschmolzenen Kochsalzes. Dafür sprechen auch unsere Versuche mit Methylenblaulösung, die wir im Spieß'schen Vernebeler zerstäubten, durch ein Kapillarsystem durchzusaugen. Der größte Teil des Methylenblaues blieb dabei im Ansatzrohre sitzen, und nur geringe Teile passierten das Kapillargebiet.

Um nun zu untersuchen, ob der Salznebel etwa später zum Alveolargebiet gelangt, als der Kristalldampf des Reißmann'schen Apparates, stellte ich Versuche an Kaninchen an, die ich den Salznebel des Spieß'schen Apparates direkt aus der Maske einatmen ließ. Dabei ergab sich, daß wiederum nach 8 Minuten das eingeatmete Salz in den Randpartien der Lunge, also im Alveolargebiet, nachzuweisen war. Eine zweite Versuchsserie zeigte, daß bereits nach 13 Minuten, also früher als beim Reißmann'schen Verdampfungsapparat, Lithiumsalz im allgemeinen Kreislauf zu finden war. Das dürfte sich so erklären, daß die in der Trachea und den großen Bronchien sich niederschlagenden Nebeltröpfchen der zerstäubten Lithiumlösung rascher als die meist korpuskulären Teilchen des Salzdampfes resorbiert werden.

Untersuchungen Heubners über die Nebeldichte des Spieß'schen Apparates zeigen, daß dieser aus feinsten Einzelelementen sich zusammensetzende Nebel nur eine Dichte von 5 bis 50 mm³ Substanz im Liter Luft enthält. Bei empirisch günstigstem Zerstäubungsdruck von 1,5 Atm. wird aus einer 10% igen Salzlösung in einer Stunde ca. 20 ccm Flüssigkeit, d. s. 2 g, Kochsalz zerstäubt.

Wir kommen nun zur dritten der modernen Form der Trockeninhalation. Es handelt sich hier um einen Apparat zur Gesellschaftsinhalation. Das Modell meiner Poliklinik zerstäubt 600 ccm einer 10% igen Lösung in einer Stunde, also 60 g Kochsalz. In einer flachen Schale rotieren mit großer Geschwindigkeit 4 Düsenpaare von ca. ½ mm lichter Weite. Die durch diese feinen Düsen vom Luftstrom mitgerissene Salzlösung zerstäubt am Rand der Schale zu kleinen Tröpfchen. Um die in die Höhe wirbelnden Tröpfchen möglichst rasch zum Verdunsten zu bringen, liegt über dem Schalenrand ein nach innen geöffneter Hohlring, aus dem heiße Luft ausströmt, die in einem Föhnapparat erzeugt wird. Je heißer diese Luft ist, desto rascher geht die Verdunstung und damit die Kristallisation vor sich, und desto kleiner sind dann auch die Kristalle. Die Konzentration der Salzlösungen ist für die Tröpfchengröße von geringer Bedeutung. Dagegen werden die Kristalle selbst immer kleiner mit abnehmender Konzentration.

Bei 10% iger Lösung fanden wir Kristalle unter und über ½ μ bis zur absoluten Größe von 9 μ. Um einen Begriff von dem Zahlenverhältnis der einzelnen Kristalle zu geben, so fanden wir zum Beispiel in 1 Gesichtsfeld bei 10% iger Lösung 3 Kristalle à 9 μ, 15 Kristalle unter ½ μ, 37 über ½ μ.

Das Volumen eines Kristalles unter ½ μ verhält sich dabei zum Volumen eines Kristalles von 9 μ = 1:5832.

Ueber die klinischen Erfahrungen mit dieser Trockeninhalation ist folgendes zu sagen: Anfangs löst die Kochsalzinhalation Hustenreiz aus, der aber später nachläßt. Noch während der Inhalation kommt der Schleim hoch und kann leicht expektoriert werden. Die Kranken geben übereinstimmend an, daß sie sich nach der Inhalation wesentlich freier auf der Brust fühlen, besser durchatmen können. Sie erzählen, daß sie in wesentlich rascherem Tempo nach Hause zu gehen vermögen, als auf dem Wege zur Inhalation. Auch der Schlaf an den Inhalationstagen sei ganz entschieden ruhiger und tiefer. Ich betone, daß ich den Kranken nebenher keinerlei Medikamente verabfolgte und daß auch sonst keinerlei Wechsel in den äußeren Lebensbedingungen vorgenommen wurde.

Zum Schluß noch einige Worte der Kritik über die Inhalation.

An einer örtlichen Wirkung des Inhalts auf die Bronchialschleimhaut ist nach unserer experim. und klinischen Erfahrung ja nicht zu zweifeln. Jede örtliche Wirkung ist aber von der Konzentration abhängig, die sich im Gewebe einstellt. Diese Konzentration richtet sich 1) nach der Menge des den Atemwegen zugeführten Salzes, 2) nach der Menge des tatsächlichen Niederschlags auf der Schleimhaut, und 3) nach der Resorptionsgeschwindigkeit.

Zu Punkt 1) Die Mengen des mit den Trockeninhalationsapparaten der Tracheobronchialschleimhaut zugeführten Salzes sind in der einzelnen Sitzung freilich gering. Trotzdem ist aber natürlich die Konzentration des Medi-

kamentes in dem Gewebe der Bronchialschleimhaut während und nach der Inhalation ganz erheblich viel größer, als wenn man es per os zuführt. Ev. 2 Sitzungen täglich.

2) Die Tiefenwirkung der Trockeninhalation, d. h. das Eindringen des Kristallstaubs in die feinsten Bronchien und in das Alveolargebiet steht nach unseren Versuchen bei allen drei Systemen außer Zweifel. Allerdings schlagen sich die trockenen Kristalle nicht so leicht auf auf der Schleimhaut nieder wie die Nebeltropfen bei feuchter Inhalation. Das sieht man ja auch ohne weiteres am Dampfgehalt der Ausatmungsluft.

3) Die Resorption verläuft bei der Trockeninhalation entschieden langsamer als bei der feuchten. Das ergibt schon der Vergleich zwischen der Resorptionsgeschwindigkeit beim Spieß'schen Vernebeler und dem Reißmann'schen Verdampfungsverfahren. Beim Spieß'schen Vernebeler atmen wir eine große Zahl Nebeltröpfchen, also Salzlösung, ein, wenn wir die Maske dicht vor den Mund halten, und das bedingt, wie meine Versuche zeigen, eine schnellere Aufnahme der Salzlösung ins Blut. Schlagen sich dagegen Salzkristalle auf der Schleimhaut nieder, so ruft dies einen Säftestrom aus der Tiefe auf die Oberfläche der Schleimhaut hervor. Die Kristalle müssen erst gelöst werden, ehe sie resorbiert werden können.

M. a. W.: Bei der Trockeninhalation steigert die Verzögerung der Resorption die Salzkonzentration im Schleimhautgewebe und erhöht dadurch die örtliche Wirkung.

Zur Verbesserung der Kriegs- und Rekonvaleszentenernährung.

Von Dr. **Kayser**-Berlin.

Unter Kriegsnährschäden haben wir nicht nur diejenigen Schädigungen des Gesamtorganismus zu verstehen, die die mangelhafte, oft unzureichende und meist unregelmäßige Ernährung der kämpfenden Truppe im Felde verursacht hat, sondern auch jene Erkrankungen mannigfaltigster Art, deren Träger die in der Heimat zurückgebliebenen Männer, Frauen und Kinder geworden sind. Direkte und indirekte Gesundheitsschädigungen auf dieser Basis sind während des Krieges vielfach beobachtet und Altes und Neues dabei zutage gefördert worden. Die Literatur der eigentlichen Kriegsnährschäden, deren Zusammenstellung sich bei Gorn[1]) findet, ist ganz gewaltig und hat hinsichtlich unserer Kenntnisse von der normalen Nahrung des Menschen geradezu revolutionierende Ergebnisse gezeitigt. Man hat erwartet, daß mit Eintritt des Friedenszustandes sich die Dinge von selbst bessern würden, und daß die Kenntnisse und Anregungen die uns von physiologischer (Rubner, Zuntz u. a.) wie von klinischer Seite gekommen sind, leicht Abhilfe schaffen würden. Indessen, die Rationierung der wichtigsten Nahrungsmittel besteht auch trotz Zufuhr von amerikanischem Speck und Fett weiter, und für die Ernährungsfrage überhaupt heißt es auch heute noch: „Krieg im Frieden". Die lange Dauer des „toxischen Agens" hat sich zum Teil auch in Form neuer Erkrankungen — es sei hier nur an die zuerst von Fromme[2]) beschriebenen Veränderungen am Knochensystem infolge unzureichenden Kalkgehalts der Nahrung erinnert — geltend gemacht. Auf der einen Seite leiden wir immer noch, und zwar individuell verschieden, unter dem Mangel an Eiweiß und Fett, auf der anderen Seite fehlen die Nährsalze in recht erheblichem Maße. Sind doch Milch und Eier z. B. die Träger fast der gesamten Zufuhr an Kalk, dessen der Körper in normalen Tagen bedarf. Daher ist es naheliegend, diese fehlenden Bausteine, wie man es ja früher auch schon bei und nach konsumierenden, akuten und chronischen Erkrankungen getan hat, durch hochwertige Nährpräparate zu ersetzen.

Die Fabrikation der Nährpräparate hat naturgemäß während der Kriegszeit auch sehr im argen gelegen. Viele von ihnen waren überhaupt nicht zu haben, andere mit Rücksicht auf die in Friedenszeiten anders gearteten Indikationen nicht zweckentsprechend zusammengesetzt, und erst in neuerer Zeit sind teils alte Präparate, wie: Sanatogen, Tropon etc., wieder in den Handel gekommen, teils neue, zweckentsprechende aufgetaucht. Zu den letzteren gehört das Haelepron[3]), ein im wesentlichen aus Haemoglobin, Lecithin, Protein vegetab., Calc. lact., Ferr. pyrophos. und Ferr. sacch. hergestelltes Nährpräparat, das laut Analyse 90% reine Nährstoffe einschl. 10% Nährsalze aufweist. Wie man sieht, besitzt es durch die angegebene Zusammensetzung einen außerordentlich hohen Nährstoffgehalt und ist somit von vornherein anderen, verwandten Präparaten, wie z. B. dem flüssigen Haematogen, überlegen. Es kommt hinzu, daß dieses Präparat in Tablettenform hergestellt worden ist. Ich habe deshalb gern mit einem so gearteten Präparat in einer Reihe von geeigneten Fällen Versuche angestellt, die einen Zeitraum von etwa 6 Monaten umfassen. Die Wirkungsweise und den von mir festgestellten Wert des Medikaments mögen die kurzen Auszüge aus einigen Krankengeschichten der von mir klinisch beobachteten Fällen demonstrieren:

1. Pr., 25 Jahre, Rekonvaleszent nach Typhus und Ruhr, mit hochgradiger Abmagerung, steht seit dem 9. 6. 19 in Behandlung. Gewicht am 18. 11. bei Beginn der Haelepron-Therapie 43,0 Kilo. Es werden zur Kräftigung des Allgemeinzustandes bei gleichbleibender Kost im Rahmen der allgemeinen Krankenhauskost täglich dreimal 2 Haelepron-Tabletten verabfolgt, in der Zeit vom 26. 11. bis 21. 12. Gewichtszunahme am 6. 12: bis 48½, am 13. 12: 51½, am 19. 12: 54½, am 27. 12: 58,0 Kilo. Dabei ist zu bemerken, daß der Patient dauernd außer Bett war und eine Gewichtszunahme vorher während mehrerer Wochen trotz Abgeklungenseins aller Krankheitserscheinungen und völliger Fieberfreiheit nicht zu erzielen war.

2. G., 40 Jahre, trat am 22. 12. 19 wegen allgemeiner Körperschwäche und Anaemie, im Zusammenhang mit einer im Felde überstandenen Ruhr in unsere Behandlung. Haemoglobingehalt am 9. 1.: 60%. Die bisherige Behandlung mit Regelung der Diät und Zulage von Milch und Eiern etc. hatten keinen wesentlichen Einfluß auf die Besserung des Allgemeinbefindens gehabt. Vom 13. 1. ab dreimal täglich 2 Haelepron-Tabletten, bei sonst gleichbleibender Kost gegenüber vorher. 20. 1.: Patient hat 1,5 kg an Gewicht zugenommen. Der bisher darniederliegende Appetit hat sich gehoben. 28. 1.: Haemoglobingehalt unverändert 60%, Gewicht ist auf 54 kg stehengeblieben. 3. 2.: Haemoglobinbefund: 80%, Gewicht nicht gestiegen, 53,6 kg. Sehr erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens, des Aussehens und besonders des Appetits.

3. K., 29 Jahre, kam wegen allgemeiner Körperschwäche und Verdacht einer tuberkulösen Hilus-Drüsen-Erkrankung in klinische Behandlung. Die übliche Therapie, speziell Diätbehandlung mit Zulage von Milch und Eiern sowie Fleisch war nicht imstande, das Körpergewicht und den Allgemeinzustand wesentlich zu beeinflussen. Bei gleichbleibender Kost und unveränderter Höhe der Zulage erhielt Patient vom 20. 1. ab bei einem Anfangsgewicht von 66 kg dreimal täglich 2 Haelepron-Tabletten bis zum 17. 2. Der Kranke befand sich während dieser Versuchsperiode ebenso wie vorher außer Bett. Am 17. 2. betrug das Gewicht 70½ kg, d. h. es war eine Gewichtszunahme von 4½ kg nachzuweisen.

Außer diesen klinisch beobachteten Fällen habe ich selbst ebenso wie eine Reihe von Kollegen, deren Urteil mir schriftlich zugänglich war, in der ambulanten Praxis bei Anaemie, dyspeptischen Erkrankungen, in Fällen von Chlorose, von allgemeiner Unterernährung usw. das Präparat erprobt. Als übereinstimmendes Resultat hat sich ergeben, daß durchgehends eine sichtliche Steigerung des Appetits, eine meist recht erhebliche Zunahme des Körpergewichts und eine Heraufsetzung des Haemoglobingehalts des Blutes, nach etwa vierwöchentlicher Behandlung festzustellen war. Schädliche Nebenwirkungen sind nirgends beobachtet worden. Vorzüge des Präparats sind: seine kompendiöse Form (Tabletten), die sich leicht (eventl. zerbrochen in Stücke) nehmen lassen, ihr durchaus angenehmer Geschmack und die Kombination von Eiweiß-Körpern einerseits mit Nährsalzen andererseits, von denen besonders dem Kalk ein nicht unwesentlicher Anteil eingeräumt worden ist.

Sonach können die Haelepron-Tabletten empfohlen werden für alle die Fälle, in denen es sich um im weitesten Sinne als Kriegsnährschäden aufzufassende Erkrankungen und Zustände handelt. Als Indikationsgebiet ergibt sich: Blutarmut, Chlorose, Skrophulose, allgemeine Unternährung, besonders infolge von Kalkmangel, Rachitis und Gravidität, Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten sowie dyspeptische Zustände aller Art.

[1]) Würzb. Abhandlg. 1918, Heft 8—10.
[2]) D. M. W. 1919 Nr. 19.
[3]) Hersteller: Bodenstein & Goslinski, Fabrik pharm. Präparate, Berlin-Wilmersdorf, Prinzregentenstr. 1.

II. Referate.

Prof. Dr. **Carl Lewin** (Berlin): **Zur Immunotherapie des Krebses.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1919, Nr. 52.)

Bei einer Patientin im Anfang der vierziger Jahre war wegen Mammakarzinom die Amputation der rechten Mamma nebst Ausräumung der Achselhöhle vorgenommen worden. Nach ¾ Jahren traten Metastasen in der rechten Orbita, bald darauf neue Knoten im Bereich der Operationsnarbe auf; deswegen nochmalige Operation sowie Röntgenbestrahlung der Brust und der rechten Augengegend. Die Bestrahlungen wurden längere Zeit fortgesetzt. 2½ Jahre nach der ersten Operation wurde Auftreibung des Abdomens durch Aszites festgestellt; es wurden 3 Liter seröse Flüssigkeit aus der Bauchhöhle entleert. Da der Aszites sich neu bildete und zunahm, versuchte L. nach einigen Monaten die bereits früher in einem Falle mit sehr gutem Erfolg von ihm angewendete Autoserotherapie; d. h. er punktierte mit der Spritze 10—20 ccm Flüssigkeit aus der Bauchhöhle, die

er der Kranken, ohne die Kanüle herauszuziehen, subkutan unter die Bauchhaut spritzte. 2—3 mal wöchentlich wurde diese Prozedur vorgenommen. Der Aszites bestand zunächst noch fort, so daß nach einiger Zeit wieder 3½ Liter Flüssigkeit abgelassen werden mußten. Ein Teil wurde in der Bauchhöhle belassen. Nach der Punktion ließen sich mehrere bis faustgroße Tumoren in der Bauchhöhle feststellen. Die Autoserotherapie wurde nun fortgesetzt. Die Knötchen in der alten Operationsnarbe schwanden nun allmählich, der Aszites zeigte keine Neigung zur Neubildung. Vorübergehend wurden die Knötchen wieder bestrahlt. In einigen Monaten verschwanden nun alle krankhaften Erscheinungen. Die Knoten auf Brust und Rücken haben sich zurückgebildet, der Aszites besteht nicht mehr; die Tumoren in der Bauchhöhle sind nicht mehr fühlbar. Das rechte Auge ist noch etwas vorgetrieben, seine Sehkraft ist erloschen.

Prof. Dr. **L. Jehle** (Wien): **Das Etelen als Darmadstringens.** (Wiener med. Wochenschrift, 1920, Nr. 1.)

Nach den Erfahrungen des Verfassers findet Etelen, der Aethylester der Triacetylgallussäure, mit Nutzen auch bei den Durchfällen im Säuglingsalter Verwendung und zwar zunächst bei Durchfällen infolge der verschiedenen Formen von Ernährungsstörungen (Dyspepsien oder Toxikosen). Hier wird das Etelen zur Unterstützung der notwendigen Ernährungstherapie gegeben, junge Säuglinge erhalten 1 Tablette, ältere Säuglinge 2—3 Tabletten pro Tag in kleinen Einzeldosen. Der Erfolg äußert sich in den meisten Fällen in einer Verminderung der Entleerungen. Ferner bewährte sich Etelen bei Säuglingen und älteren Kindern, die unter dem klinischen Bild einer Dysenterie, allerdings mit negativem bakteriologischem Befunde, erkrankt waren. Die Wirkung des Etelens wurde noch gesteigert, wenn auf der Höhe der Erkrankung kleine Dosen Adrenalin (2—3 mal 3—5 Tropfen der Lösung) verabreicht wurden. Nach J. ist Etelen besonders in solchen Fällen angezeigt, in welchen bei vorwiegender Beteiligung des Dickdarms ein bestehender Tenesmus eine rasche medikamentöse Wirkung wünschenswert erscheinen läßt.

Prof. Dr. **H. Kionka** (Jena): **Klimatologisches über die Thüringer Waldkurorte.** (Zeitschrift für Balneologie, Klimatologie und Kurorthygiene, 1920, März.)

Da wir jetzt mehr wie je unser Augenmerk auf die deutschen Luftkurorte richten müssen, die bei den widrigen Zeitläuften für die Auffrischung unserer Nation eine bedeutsame Rolle spielen, hat Verfasser an der Hand von klimatologischen Beobachtungen und meteorologischen Messungen in Friedrichroda die klimatischen Faktoren des Thüringer Waldes einer eingehenden Besprechung unterzogen. Um ein vollständiges Bild über das Klima eines Ortes zu erhalten hält Verf. ganz regelmäßige Aufzeichnungen über Lufttemperatur, Feuchtigkeitsgehalt der Luft, Richtung und Stärke des Windes, Bewölkung, Niederschlagshöhe und Sonnenscheindauer für dringend notwendig. An dem Beispiel von Friedrichroda, dem ausgezeichneten klimatischen Sommer- und Winterkurort, zeigt Verfasser, nach welchen Gesichtspunkten die Beurteilung eines Luftkurortes zu erfolgen hat, wenn man sich vom ärztlichen Standpunkt aus ein Urteil darüber bilden will, wieweit ein solcher Ort tatsächlich durch seine Lage und die klimatischen Verhältnisse als Kurort für Kranke oder Genesende sowie als Sommerfrische und Winteraufenthalt für Erholungsbedürftige geeignet ist.

Es wäre zu wünschen, wenn möglichst alle Luftkurorte und sonstigen deutschen Kurorte dem Beispiel von Friedrichroda folgen und sorgfältige klimatische Aufzeichnungen vornehmen wollten, wie es die Balneologische Gesellschaft in ihrer letzten Jahresversammlung angeregt hat. Hh.

Hofrat Dr. **Schober** (Wildbad): **Ueber die Wirkungen und Indikationen der Wildbader Thermalbadekur.** (Mediz. Korrespondenzblatt für Württemberg, 1920, Mai.)

Die Wildbader Thermalquelle fließt im Graf Eberhards-Bad aus dem Granit unmittelbar in die Bäder ein, ohne gekühlt oder erwärmt, ohne gemischt oder sonstwie ihrer natürlichen Reize beraubt zu werden; nicht einmal Hähne oder Sammelbecken hemmen und dämmen ihren Lauf. Während des Bades fließt das Wasser zu und ab, das im Vollbesitz seiner natürlichen Eigenschaft und Wirkungen bleibt. Verf. ist der Ansicht, daß das Wildbader Thermalwasser nur dort wirkt, wo ein gestörter Mechanismus der Organe zur Norm zurückgebogen werden soll; wo keine Normwidrigkeit besteht, da kann das Wildbader Thermalwasser seiner Ansicht nach auch keine Wirkung entfalten. Als Hauptindikation betrachtet er die Stoffwechselerkrankung der Gicht sowie chronische Zustände infolge von Entzündungen und Verletzungen. Die starke Einwirkung auf den Stoffwechsel zeigt sich darin, daß man sich nach dem Bade sehr ermattet fühlt und 1 bis 2 Stunden im Bett ruhen muß. So bekannt die Wirkungen der Wildbader Thermalbäder sind, so unbekannt ist die Art ihrer Wirkung. Diese vermochten frühere Theorien ebensowenig zu erklären wie die Lehre vom Radium und von den Edelgasen. Hh

Privatdozent Dr. **Arthur Foges** (Wien): **Ueber schwere postdysenterische Rektalveränderungem und deren Behandlung (Lichttherapie).** (Wiener klin. Wochenschrift, 1919, Nr. 52.)

Wie Verfasser an mehreren Fällen seiner Beobachtung zeigt, kommen im Anschluß an Ruhr chronische Erkrankungen des Mastdarms mit Abgang von schleimigen und blutigen Stühlen vor, deren Symptomenbild den Verdacht einer bösartigen Neubildung nahelegt. Es findet sich dabei in einer Entfernung von 6—10 cm oberhalb des Anus eine zirkumskripte Infiltration der Rektalschleimhaut, während die Schleimhaut in dem betreffenden Abschnitt leicht blutet und stellenweise durch Exkreszenzen höckerig erscheint. In verschiedenen dieser Fälle — es handelte sich durchweg um jüngere Personen — war von anderer Seite die Diagnose Carcinoma recti gestellt worden. Verfasser behandelte seine Fälle versuchswesie mittels Quarzlampenbestrahlung (künstl. Höhensonne). Die zu bestrahlende Stelle wurde im Proktoskop eingestellt und mittels einer geeigneten Vorrichtung durch Luft entfaltet. Die Quarzlampe befindet sich dabei in etwa 10 cm Entfernung vom Proktoskop. Jede Bestrahlung dauerte 15 Minuten. In einigen Fällen ging die Infiltration infolge der Bestrahlungen zurück, die Schleimhautgranulationen wurden geringer.

Dr. **Kolde** (Magdeburg): **Beitrag zur Frage der aktiven Therapie beim fieberhaften Abort.** (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Band 51, Heft 1.)

Verfasser empfiehlt beim fieberhaften Abort nach Möglichkeit den Zervikalkanal so weit zu eröffnen, daß man digital ausräumen kann. Die besten Dilatatoren sind die Hegar'schen Stöpsel oder bei sehr enger Zervix Laminariastifte. Nach der digitalen Lösung erfolgt Ausräumung mit der Winter'schen Abortzange und vorsichtige Ausschabung mit stumpfer Kürette. Zur mechanischen Reinigung und zur Anregung kräftiger Uteruskontrakturen sind Spülungen mit doppelläufigem Spülrohr mit heißer steriler Kochsalzlösung unter ganz niedrigem Druck vorzunehmen. Tamponiert wird sehr selten, nur bei starker Nachblutung; meist genügt 1 ccm Pituglandol oder Ergotin intramuskulär zur Kontraktion des Uterus. rs.

Dr. **Arnold Passow** (München): **Allgemeine und lokale Bestrahlung mit ultraviolettem Licht bei skrofulösen Augenleiden.** (Medizin. Klinik, 1919, Nr. 51.)

Verfasser hatte Gelegenheit, bei einer größeren Anzahl von Kindern mit Keratokonjunktivitis ekzematosa und allgemeiner exsudativer Diathese die Allgemeinbestrahlung mit der künstlichen Höhensonne (Quarzlampe) anzuwenden. Der ganze Körper der Kinder wurde liegend aus einer Entfernung von 60 cm bestrahlt, und zwar je 15 Minuten die vordere und hintere Seite; nur bei den beiden ersten Bestrahlungen betrug die Bestrahlungsdauer je 5, bzw. 10 Minuten. Es handelte sich in der Mehrzahl um schwere, hartnäckige Fälle mit Hornhautgeschwüren. Die Kinder wurden jeden zweiten Tag bestrahlt. Die Erfolge waren sehr gute. Bei der Hälfte aller Fälle genügten 1—3, bei den übrigen 4—6 Bestrahlungen, nur bei 8 Kindern waren 7 bis 10 Sitzungen bis zur Reizlosigkeit der Augen erforderlich. Ein Schutz der Augen durch eine Schutzbrille, die anfangs angewendet wurde, erwies sich als überflüssig; im Gegenteil schien die Wirkung bei Mitbestrahlung der ungeschützten Augen noch eine bessere zu sein. Auch das Allgemeinbefinden der Kinder wurde durch die Bestrahlungen sehr günstig beeinflußt. In einigen Fällen, bei denen neben den ekzematösen Augenveränderungen keine sonstigen exsudativen Erscheinungen bestanden, wandte Verfasser nur die lokale Bestrahlung der geöffneten Augen mit der Uviollampe in 15 cm Abstand an (jeden zweiten Tag, allmählich von 5 auf 30 Minuten Bestrahlungsdauer steigend). Auch hier war die Wirkung sehr gut, besonders auf die Infiltrate und Trübungen der Hornhaut, sowie die Ekzeme der Lider.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenber. d. Allg. med. Centr.-Ztg.)

Sitzung vom 17. V. 20.

Vors.: Herr Kraus.

Tagesordnung:

Diskussion zu dem Vortrag des Herrn Gudzent: „Biologische Versuche zur Steigerung der Strahlenwirkung".

Herr Tugendreich: Bei sekundären wie primären Drüsengeschwülsten wurde im Krebsinstitut neben der Röntgen-Behandlung J-haltiges Alival intravenös eingespritzt und jedesmal raschere, selbst stürmische Wirkung der Bestrahlung erzielt. Bei karzinomatöser Oesophagus-Striktur wurde während der Behandlung Wismuth- bzw. Baryum-Brei

ohne Erfolg eingeführt. Anscheinend hat Jod mit einem Atomgewicht von 127 relativ geringe Spannungen nötig, um zur Erzeugung sekundärer Strahlen angeregt zu werden. Wismuth braucht eine viel höhere Spannung. Blumenthal wies nach, daß in den mit Alival behandelten Fällen sich Jod in den Drüsengeweben aufspeicherte. Es besteht also wohl eine Affinität; sie spielt vermutlich ebenfalls eine Rolle.

Herr Bucky: Mit Hilfe der Sensibilisierung wollen wir die Maximal-Strahlendosis geben, weil an den sensibilisierten Zellen die Absorption besonders groß sein soll. Unsere Röntgen-Therapie sucht eben zu zerstören, nicht aufzubauen. Es ist nicht möglich, einen Krebs mit Röntgen-Strahlen zu heilen. B. sah Rezidive nach 17 Jahren. Auch die mikroskopische Untersuchung liefert keinen strikten Beweis. Es wird zu wenig biologisch geforscht, zu wenig Wert auf den Stoffwechsel gelegt. Es ist ein Unterschied zwischen der Benutzung von harten und weichen Strahlen. Eklatant wird er bei Aenderungen des Stoffwechsels der Zellen.

Herr Sticker hält immer noch an den Bleifiltern fest. Sie steigern enorm den biologischen Effekt, zumal beim Karzinom. Auch Krönig hat bei Mesothorium- und Radium-Behandlung biologisch mehr Effekte mit den Becquerel'schen Strahlen. Arenz und St. brachten fein verteiltes Silber und Aluminium in Oel-Emulsion in die Gewebe unterhalb der Tumoren; mit Röntgen- und Thorium-Behandlung beobachteten sie danach zunehmende Erfolge. Das eignet sich aber nur für eine kleine Anzahl günstig gelagerter Tumoren.

Herr Großmann: Die Strahlen der Tiefentherapie sind viel härter als diejenigen, bei welchen die Vortr. die elektive Wirkung erzielt hatten. Bei den Sticker'schen Versuchen handelt es sich wohl nur um eine Filtrierung der harten Strahlen, die eine stärkere, physiologische Wirkung liefert.

Herr Gudzent (Schlußwort) kam in seiner Arbeit zu dem Schluß, daß durch Einbringung kolloidaler Metalle wahrscheinlich biologisch und therapeutisch nichts erreicht werde. Die Stoffe drangen ins Blut und auch ins Knochenmark. Ein Fall von Argyrie war besonders geeignet für diesen Versuch; aber zwischen seiner und des Vortr. Haut bestand kein wesentlicher radiologischer Unterschied. Auf diesem Wege können wir also die sekundäre Strahlenwirkung therapeutisch nicht verwerten.

Zur Wirkung der Diuretica bei Nephritiden.

Herr F. Hirschfeld: Nach Hedinger ist bei den verschiedenen Formen der Nephritis beim Menschen die Wirkung der harntreibenden Mittel vom Zustande der Gefäße abhängig. Nach Friedr. Müller versagen die gewöhnlichen Diuretika, wenn eine sichere Störung der Kochsalzausscheidung der Niere vorliegt, während durch Harnstoff-Derivate ein guter Erfolg erzielt wird. Ist der Herzmuskel schwer erkrankt und reagiert nicht mehr auf Digitalis und die Niere blutleer, so seien die Xanthin-Derivate wirkungsvoll. Aber alle diese Einteilungen haben noch keine Zustimmung gefunden. Vielfach herrscht die Ansicht von Umber, wonach der Wert der harntreibenden Mittel, ohne daß Kreislaufstörungen bestehen, bescheiden ist. In Betracht kommt zunächst die Vermehrung der Harnmenge. Vermehrung der N-Ausfuhr ist weniger regelmäßig als die der Na Cl-Ausfuhr. Die subjektiven Angaben des Kranken über das Verschwinden der Beschwerden gelten bisher im Verein mit der Vermehrung der Harnflut als Maßstab für das Wirken der Medikamente.

An der Hand eigener einschlägiger Erfahrungen erläutert Vortr. seine eigenen Anschauungen. Ein 48 jähriger Mann mit deutlicher Schrumpfniere, der 3 l Harn bei eiweißreicher Nahrung entleert, erhielt 3 mal täglich 0,05 Digitalis und 0,3 Diuretin. Die Harnmenge stieg nicht an, sondern verringerte sich auf 2 l. Auch die Na Cl-Ausscheidung sank von 14 auf 10 g. Im Sediment vermehrte rote Blutzellen. Die Gesamtausscheidung von Albumen hat nicht zugenommen. Die Beschwerden haben sich nicht geändert. Nunmehr nahm Vortr. eine gründliche Aenderung der Diät vor. Pat. bekam täglich nur 65 g Eiweiß, allerdings wöchentlich 2 mal 150 g Fleisch. Nach 4 Wochen waren die Beschwerden geringer, die Urinmenge betrug nur 2 l. Unter Eingabe von Digitalis und Diuretin wurde nun eine vermehrte Menge Harn und Na Cl. ausgeschieden. Die Beschwerden schwanden. Es war ein leichter Fall von Schrumpfniere. Bei 120—130 g täglicher Eiweißzufuhr — dazu Milchgenuß — war Digitalis und Diuretin nicht fähig, deutlich die Harnmenge zu steigern; das gleiche gilt vom Na Cl. Aber bei eiweißarmer Diät wurden die Beschwerden des Kranken erheblich gemildert; Harnmenge und Na Cl-Ausfuhr deutlich gesteigert; weniger kam die N-Ausscheidung in Betracht. Aehnliche Beobachtungen lieferten vier weitere Fälle. Große Mengen Diuretica hemmen die Harnsekretion, kleine steigern sie. (Jarisch). Die kranken Nierengefäße sind in gesteigertem Maße reizbar. Diuretica vermehren nach einmaliger Zufuhr die Na Cl- und Harn-Ausscheidung; dreimalige Gabe hemmte sie. Bei stärkster Funktionsstörung bewirkt die Harnstoff-Zulage eine absolute Zunahme der Ausscheidung. Die Höhe der Zulage ist von entscheidendem Einfluß. Kleine Zulagen bewirken oft Vermehrung der Harnflut; dazu kommen extrarenale Faktoren. Die horizontale Lagerung der Kranken ist günstiger, als wenn die Kranken herumgehen. Die Reize können verschieden ausfallen; Summation und Ausgleich der verschiedenen Reize kann stattfinden. Bei zwei Kriegsnephritiden erfolgte im 3. Monate der Beobachtung unter reichlicherer Eiweiß-Nahrung Verringerung der Urinmenge um 7 und 20% neben Absinken der N-Konzentration. Es kam zu erheblicher N-Retention. Der toxische Reiz wurde durch die kranke Niere geliefert. Treffen die Harnmittel im Körper eine ihr Leiden nur schwer bewältigende Niere, so bleiben sie ohne Wirkung oder hemmen ebenso wie eine schon hohe Dosis oder stärkere Eiweißnahrung, was einem schweren toxischen Reiz gleichkommt. Es gilt als Regel, dem Kranken das Eiweiß nur dann zu beschränken, wenn die gestörte Harnstoffausscheidung durch Vorboten der Urämie oder Rest-N im Blute erwiesen.

Für die Kenntnis der Wirksamkeit der Diuretica bei den Nierenkranken müssen diese auf eiweißarme Kost gesetzt werden, um die Wirkungsweise der Harnmittel zu offenbaren. Je schlechter die Funktion der kranken Niere ist, um so geringer ist die Eiweißzufuhr anzusetzen.

Diskussion:

Herr Kraus: Wichtig ist die Forderung des Vortr., daß von vornherein die Eiweißzufuhr herabgesetzt wird, weil danach die Aussichten einer Diurese besser stehen. Die Frage der Reize ist vorwiegend theoretisch.

Herr Schlayer: Harnmittel soll man im Zusammenhang mit dem Milieu berücksichtigen. Für alle Nierenkrankheiten ist der Standpunkt des Vortr. nicht zu teilen; für die Schrumpfniere ist er berechtigt; mitunter soll man nicht bloß den N-, sondern auch den Na Cl-Stoffwechsel stark beeinflussen. Dann bekommt man Effekte, die vorher nicht vorhanden waren.

Herr Umber: Die Glomerulonephritis, mindestens die akute Form, gehört nicht in dieses Gebiet. Sie ist keine Herzkrankheit (Vollhardt). Aber bei akuten Nieren-Infekten spielt das Herz eine große Rolle. Der Herz-Gefäß-Faktor ist bei der Digitalis-Therapie hier schwer zu beschränken. Die „Nephrose" wird durch Digitalis gar nicht beeinflußt. Der angebliche Infekt fällt mit zufälligen Ausschwemmungen zusammen, deren Faktoren wir noch gar nicht kennen. Bei der chronischen Glomerulonephritis (der entzündlichen Schrumpfniere) und der malignen Sklerose läßt sich therapeutisch nichts sagen. Die Digitalis-Therapie wird wirksam bei Beschränkung der Eiweiß-Zufuhr. Die kranke Niere retiniert ja ohnehin schon Eiweiß. Die Harnstoffziffer des Blutes ist überhaupt nur mit Vorsicht zu verwerten. Rosenberg zeigte, daß in diesen Fällen der Rest-N in die Gewebe abgeschoben werden kann.

Herr His: Es werden zu oft, zu viel und zu lange Harnmittel verordnet. Die Wirkung läßt bald nach. Erst nach 3 wöchiger Pause beginnt die Wirkung. Die Xanthin-Derivate, Calomel, Harnstoff usw. wirken immer nur für kurze Zeit und dann nicht wieder. Bei anhaltender Darreichung desselben Mittels läßt die Wirkung rasch nach. Kleine Dosen sind oft wirksamer als die großen.

Herr Hirschfeld (Schlußwort): Bei der gesunden Niere sind weit stärkere Reize nötig. Kleine N-Retentionen sind schwer nachweisbar. Die Niere arbeitet eben langsamer. Wahrscheinlich ist immer eine Schädigung im Beginne der Ausscheidungsverlangsamung vorhanden. Energische Schonungstherapie ist nötig.

IV. Bücherschau.

Dr. **Erich Ebstein** (Leipzig): **Aerzte-Briefe aus vier Jahrhunderten.** Berlin, Verlag Julius Springer, 1920. — Mit Bildern und Schriftproben. — Preis 14,— M., gebunden 17,— M.

Anschließend an kurze biographische Notizen der hervorragendsten Aerzte der letzten vier Jahrhunderte hat Verfasser Bruchstücke aus Briefen und Briefe von ihnen veröffentlicht, die ausgezeichnete Beiträge zu ihrer Charakteristik ergeben. Die Männer, deren Werke und Taten Jahrhunderte und Jahrtausende überdauern werden, sprechen in diesen Briefen, die für die vertrautesten Kreise bestimmt waren, aus, was sie gedacht, was sie erlebt, was sie empfunden haben. Das Persönliche, das in den Briefen steckt, bringt sie uns nahe, auch wenn eine geraume Spanne Zeit sie von uns trennt, und es ist, als ob sie alle zu uns sprächen, alle die Führer unserer Wissenschaft, von Paracelsus bis zu Paul Ehrlich. Es ist nicht möglich, im Rahmen einer Bücherbesprechung auch nur die Stellen anzuführen, die bei der Lektüre packend wirken und die man gern laut in die Welt hinausrufen möchte, Stellen, die von allen Menschen gehört und gekannt zu werden verdienen. — In unseren Tagen, in denen die deutsche Aerzteschaft vielleicht den härtesten Kampf um ihre Lebensmöglichkeit führt, der je gekämpft wurde, macht einen gesteigerten Eindruck der Brief von

Linné, dem man zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit keinen Patienten anzuvertrauen wagte, weil man ihn seiner botanischen Studien wegen nicht ernst nahm. So bettelarm ließ ihn Galenus, daß er das Mädchen seiner Liebe erst nach Jahren schwersten wirtschaftlichen Elends heimführen konnte, bis auch ihm die Sonne schien, bis seine Praxis groß wurde und zu dem Glück der guten Praxis auch noch das Glück hinzukam, daß er seine botanischen Studien wieder in großem Umfang aufnehmen konnte. — Welch klassisches Dokument rührender Bescheidenheit bietet uns das Bruchstück eines Briefes von Helmholtz an seinen Vater, wo er ihm „außerdem" von seiner Erfindung Mitteilung machte, „welche möglicherweise für die Augenheilkunde von dem allerbedeutendsten Nutzen sein kann. Sie lag eigentlich so auf der Hand, erforderte weiter keine Kenntnisse, als was ich auf dem Gymnasium von Optik gelernt hatte, daß es mir jetzt lächerlich vorkommt, wie andere Leute und ich selbst so vernagelt sein konnten, sie nicht zu finden." Und doch war er bei all dieser Bescheidenheit sich der Tragweite seiner Erfindung wohl bewußt!

Interessante Wiedergaben von Handschriften und vorzügliche Abbildungen fügen sich dem ausgezeichneten Werk ein, unter denen am meisten das Bild von Paul Ehrlich in seinem Arbeitszimmer ansprechen dürfte, das nach seinen eigenen Worten „so wüst ist: der Boden, Tische und Stühle mit Büchern und Schriften bedeckt, so daß gar nichts mehr zu finden ist".

Wir können dem Herausgeber zu dem so ausgezeichneten Werk ebenso aufrichtig beglückwünschen, wie wir ihm herzlich dafür danken müssen, daß er uns Einblicke in das Seelenleben der Größten unserer Kunst verschafft hat und uns damit manche erhebende Stunde bereitet.

Hirsch (Charlottenburg).

Ueber Arteriosklerose und ihre Behandlung. Von Dr. med. **O. Burwinkel** (Bad Nauheim). Dritte neubearbeitete Auflage. München 1920. Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin. 46 S. 3.50 M.

Die vorliegende Abhandlung stellt in knapper Darstellung die gegenwärtigen Anschauungen über die Symptomatologie, Pathogenese, Aetiologie und Therapie der Arteriosklerose zusammen, wobei der Verfasser vielfach durchblicken läßt, daß so manches, was in dieser Hinsicht gelehrt wird, einer strengen Kritik nicht standhält. Die Therapie ist mit ziemlicher Vollständigkeit besprochen, die physikalisch-diätetische und medikamentöse Behandlung sind dabei gleichmäßig berücksichtigt. Zur raschen Information über das Thema kann die Schrift empfohlen werden. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Während in Berlin die Verhandlungen zwischen Aerzten und Krankenkassen fortgesetzt werden, ist im Reich am 25. Mai der vertraglose Zustand eingetreten. Noch in letzter Stunde hatte auf Veranlassung der Krankenkassenverbände das Reichs-Arbeitsministerium ein Hinausschieben des vertraglosen Zustandes um 8—10 Tage zu erreichen versucht und eine dahingehende Drahtung an den Vorsitzenden des Leipziger Verbandes, Dr. Hartmann, gerichtet. Dieses Verlangen wurde jedoch abgelehnt. Inzwischen haben am 31. Mai in Berlin im Reichsarbeitsministerium neue Verhandlungen zwischen den Vertretern der Aerzte und Krankenkassen begonnen, über deren Ergebnis wir berichten werden.

Prag. Nach dem von dem Gauverband Prag der Deutschen Aerzte Böhmens zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen aufgestellten Honorartarif beträgt der Mindestsatz für eine einfache Ordination in der Sprechstunde am Werktag 10 K., an Sonn- und Feiertagen 15 K., für einen einfachen Besuch in der Wohnung des Kranken 20 K., für einen dringenden Besuch am Tage 30 K., für einen Nachtbesuch 50 K.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Die auf dem Gebiet der gemeinnützigen Wohlfahrtsbestrebungen seit Jahren hervorragend tätige Frau Hedwig Heyl, die vor kurzem 70 Jahre alt wurde, wurde von der medizinischen Fakultät der Berliner Universität wegen ihrer Verdienste um die Gesundheitspflege und hygienische Volksbelehrung zum Ehrendoktor ernannt.

Düsseldorf. Im Alter von 60 Jahren starb der Stadt- und Kreisarzt Prof. Dr. Franz Schrakamp, Dozent für soziale Medizin an der hiesigen Akademie für praktische Medizin.

Bochum. Zum leitenden Arzt des hiesigen Knappschaftslazaretts Bergmannsheil wurde der Oberarzt der medizinischen Universitätsklinik in Jena Prof. Dr. Reichmann gewählt.

Hannover. Im Alter von 72 Jahren starb hier der frühere Apothekenbesitzer Hermann Peters, ein älterer Bruder des bekannten Kolonialpolitikers Dr. Karl Peters. H. Peters hat in seinen letzten 20 Lebensjahren zahlreiche Abhandlungen zur Geschichte der Naturwissenschaften, der Pharmacie und der Medizin veröffentlicht.

Rostock. Hier starb im Alter von 78 Jahren Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Friedrich Schatz, von 1872 bis 1906 ordentlicher Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie und Leiter der Frauenklinik der hiesigen Universität. Der Verstorbene stammte aus Plauen (Königr. Sachsen), und hatte seine Ausbildung unter Credé an der Leipziger Frauenklinik erhalten.

Hamburg. Als Privatdozenten haben sich habilitiert Dr. Erich Becker und Dr. Fritz Rabe für innere Medizin, Dr. Johannes Lorenz für Röntgenologie.

Jena. Auf Antrag der medizinischen Fakultät haben die Regierungen der thüringischen Staaten beschlossen, für das Fach der Zahnheilkunde zwei Lehrstühle zu errichten, einen für operative und konservierende Zahlheilkunde, einen zweiten für Orthodontie und Prothetik.

Graz. Der bekannte Physiker Prof. Leopold Pfaundler, der seit 1886 das große Lehrbuch der Physik von Müller-Pouillet in Verbindung mit einigen jüngeren Forschern herausgab, starb im 82. Lebensjahre. — Der hiesige Professor der medizinischen Chemie Dr. med. Fritz Pregl wurde von der Göttinger philosophischen Fakultät wegen seiner hervorragenden Verdienste um die Ausbildung der Methoden der organischen Mikroelementaranalyse zum Ehrendoktor ernannt.

Lausanne. Der durch wertvolle Arbeiten auf verschiedenen Grenzgebieten der Medizin und Physik bekannte ehemalige Privatdozent an der Universität Bern Dr. med. et phil. Th. Christen starb infolge eines Unglücksfalles beim Baden im Genfer See. Er war zuletzt an der Strahlungsforschungsstelle in München in leitender Stellung tätig und war im vorigen Jahre infolge der politischen Wirren nach der Schweiz zurückgekehrt.

Bäderwesen.

Wien. In Deutsch-Oesterreich ist das Gesetz über das Mineralwassermonopol vom 31. Januar d. J. am 1. Juni d. J. in Kraft getreten. Das Monopol wird hinsichtlich der natürlichen Mineralwässer und natürlichen Mineralwasserprodukte nur durch die Erhebung einer Lizenzgebühr ausgeübt. Bei künstlichen Mineralwässern und künstlichen Mineralwasserprodukten, die bisher in Oesterreich fast gar nicht erzeugt wurden, wird das Erzeugungsmonopol voll ausgeübt.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Wie mir mitgeteilt worden ist, haben Apotheker unter Berufung auf den § 30 der Apotheken-Betriebsordnung vom 18. Februar 1902 es mehrfach abgelehnt, ärztliche Arznei-Verordnungen dann auszuführen, wenn darin die einzelnen Bestandteile nicht nach Gewichtsmengen, sondern nach Raummengen angegeben waren. Zur Vermeidung von Weiterungen bestimme ich, daß die Vorschrift im § 30 der Betriebsordnung über das Abwägen der einzelnen Arzneibestandteile in allen Fällen zu befolgen ist, in denen von dem Arzt nicht ein anderes Verfahren der Abmessung ausdrücklich vorgeschrieben ist.

Berlin, den 26. April 1920.

Der preußische Minister für Volkswohlfahrt.
I. A.: Gottstein.

Bekanntmachung.

Die Diphtherie-Heilsera mit den Kontrollnummern 2003 bis 2044 einschließlich, geschrieben: „Zweitausenddrei bis zweitausendvierundvierzig", aus den Höchster Farbwerken, 362 bis 366 einschließlich, geschrieben: „Dreihundertzweiundsechzig bis dreihundertsechsundsechzig", aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt, 544 bis 556 einschließlich, geschrieben: „Fünfhundertvierundvierzig bis fünfhundertsechsundfünfzig", aus dem Serumlaboratorium Ruete-Enoch in Hamburg, 131 bis 154 einschließlich, geschrieben: „Einhunderteinunddreißig bis einhundertvierundfünfzig", aus den Behringwerken in Marburg, 223 bis 237, einschließlich, geschrieben: „Zweihundertdreiundzwanzig bis zweihundertsiebenunddreißig", aus dem Sächsischen Serumwerk in Dresden, sind, soweit sie nicht bereitsfrüher wegen Abschwächung usw. eingezogen sind, vom 1. April d. J. ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 23. April 1920.

Der Polizeipräsident. I. A.: Dr. Schlegtendal.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Copenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Köpenicker Straße 114.

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung



Amalah

Extrakt — Tee — Tabletten

(Centaur. erynthefoi., Eryng. tricusp., Herb. polygal., Drosera rotundifl., Lychen Island., Herb. absynth., Flor. Chamom.)

Von vielen hervorragenden Ärzten erprobt und begutachtet. Frei von Alkaloiden.

Bei allen Erkrankungen der Lunge und Luftwege

(insbesond. Bronchitis, Asthma, Influenzkatarrh, Lungenentzündung, Tuberkulose, Keuchhusten).

Unter ärztlicher Aufsicht hergestellt.

Vorzügliches Stomachicum und Corroborans.

In den Apotheken erhältlich.

Dr. Eder & Co.

Berlin-Halensee, Joachim-Friedrich-Str. 50 m.

Fernsprecher: Uhland 7072.

Proben an die Herren Ärzte gratis.

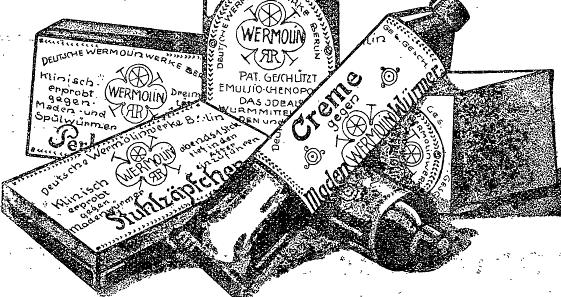
WERMOLÍN

D. R. G. M. **SPECÍFIKUM** D. R. P. ANG.

GEGEN MADEN- U. SPULWÜRMER

IN STÄNDIGEM GEBRAUCH DER UNIV.-KINDER-KLINIK ROSTOCK DIR. PROF. DR. H. BRÜNNING

EMULSIO-CHENOP. ANTH. CPS. PROBEN UND LITERATUR KOSTENLOS



DEUTSCHE WERMOLIN WERKE

BERLIN

SW 11 / Königgrätzer Str. 66 / Amt Lützow 3642




Cornutinum
ergoticum
„Bombelon"
(Ergotin „Bombelon")
Name ges. geschützt.
das
zuverlässige
Mutterkornpräparat
—: Literatur kostenlos :—
Packungen:
Flaschen zu 25 und 10 g und
kleine Kassenpackung zu 5 g.
Ampullen zu 1 ccm. Cartons zu 3, 5 u. 10 Stück
Tabletten zu 0,5 g Röhren zu 10 und 20 Stück
Specificum
bei Menorrhagien, Metrorrhagien im Klimakterium etc.
Prophylacticum
während der Nachgeburts- und Involutions-Periode,
nach Abort bei Atonie post partum usw.
Bei Blutungen aller Art von bestem Erfolg (Ruhr usw.)
H. Finzelberg's Nachfolger
Chem. Werke Andernach a. Rh.



BABY-CREME
„Kosmata"
FEINSTES
SPEZIALERZEUGNIS
FÜR DIE
KINDERHAUT.
REIZLOS-MILDE
ERSTKLASSIGE AUFMACHUNG!
BINDER & KETELS
HAMBURG-BERLIN
ZENTRALVERKAUFSKONTOR:
HAMBURG 23.

89. Jahrgang **Berlin, 12. Juni 1920** **No. 24**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Bedeutung des Solbades bei Erkrankungen der Atmungsorgane nach Grippe.

Von Dr. **F. Krone**, Badearzt, Bad Sooden a. d. Werra.

Die Grippeepidemien, die vom Herbst 1918 bis Frühjahr 1919 in Deutschland grassierten, haben uns im vorigen Sommer eine Menge Kranke mit Folgeerscheinungen der Grippe in die Bäder geführt. Zu uns nach Sooden a. d. Werra kamen naturgemäß viele Kranke, deren Atmungsorgane durch die Grippe gelitten hatten. Teils waren es schwächliche unterernährte skrofulöse Kinder, teils aber auch Erwachsene, die nach eigenen oder ärztlichen Angaben vor der Grippe absolut gesund gewesen sein sollen. Nur wenige dieser Kranken boten das Krankheitsbild des einfachen chronischen Katarrhes der oberen Luftwege; bei den meisten stand nicht so sehr der Katarrh im Vordergrund, als vielmehr Erscheinungen, wie ich sie in früheren Jahren bei Kindern nach Masern beobachtet hatte, und wie sie Kayser-Petersen in Nr. 44 der Münchener Medizinischen Wochenschrift in seinen Veröffentlichungen aus der Treupel'schen Klinik in Frankfurt a. M. „Ueber die Beziehungen zwischen Grippe und Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Entstehung zentraler Lungentuberkulose nach Grippe" beschrieben hat. In seinen Krankengeschichten war das Gemeinsame eine im Röntgenbild nachweisbare Anschwellung der Hilusdrüsen und in den fortgeschritteneren Fällen eine von diesen Hilusdrüsen ausgehende Tuberkulose der Lungen.

Auch in meinen Fällen — ich verfüge über 96 Krankengeschichten — waren nach den mir gewordenen ärztlichen Berichten sowie nach eigenem Befund während der Grippe entstandene Anschwellungen der Mediastinaldrüsen in einen chronisch entzündlichen Reizzustand übergegangen, und ließen das Krankheitsbild der beginnenden bzw. drohenden, z. T. schon vorhandenen Lungentuberkulose zentraler Lokalisation mehr oder weniger deutlich erkennen. Wo ein Röntgenbild vorlag, ergänzte dies den etwa vorhandenen physikalischen Befund, der gewöhnlich in einer geringen Schallverkürzung — bei unbestimmter rauher Atmung — in der Gegend der Hilusdrüsen bestand. Oft waren auch nur subjektive Symptome — wie mäßiger Hustenreiz, Nachlassen der Kräfte, leichte Ermüdbarkeit — neben dem alleinigen objektiven Symptom, dem Heruntergehen des Körpergewichtes vorhanden. Im Röntgenbild war allerdings auch in diesen Fällen stets ein Hilusschatten nachzuweisen; und wo Tuberkulin- oder Cutanreaktion gemacht worden waren — ich habe beide nur in einzelnen Fällen gemacht, da mir eine exakte klinische Beobachtung der Patienten meist nicht möglich war — da war diese mit ganz geringen Ausnahmen positiv ausgefallen.

5 von den 69 Kranken zeigten bereits vorgeschrittene Symptome der Lungentuberkulose — Temperatursteigerungen, Geräusche, Nachtschweiß usw. —. Diese habe ich als nicht geeignet für eine Soodener Kur an Lungenkurorte bzw. Heilstätten überwiesen. Bei den übrigen 64 Kranken, die das vorher erwähnte Bild der chronischen Hilusdrüsenentzündung — und damit der beginnenden bzw. drohenden Lungentuberkulose — zeigten, habe ich eine Solbadekur in Verbindung mit einer atmosphärischen Liegekur an den Gradierwerken eingeleitet.

Meine langjährige empirische Erfahrung als Arzt im Solbad hatte mir ja die günstige Resorptionsbedingungen schaffende Einwirkung einer ausgiebigen Badekur auf chronisch entzündliches Drüsengewebe zur Genüge gezeigt; und die guten Erfolge, die ich in früheren Jahren in analogen Fällen bei Kindern nach Masern erzielt hatte — ich verfüge über 44, mehrere Jahre hindurch verfolgte Krankengeschichten von derartigen Masernkindern — ließen mich hoffen durch eine solche auf das Einschrumpfen des Drüsengewebes hinzielende Kur der drohenden Tuberkulose den Nährboden zu entziehen, bzw. die Tuberkulose im Keime zu ersticken. Ich ließ — selbstverständlich unter Berücksichtigung der jeweiligen Konstitution — ziemlich ausgiebig, 4—5 mal in der Woche, mit allmählich steigender Dosierung der Solekonzentration, baden und daneben täglich mehrere Stunden in der Liegehalle am Gradierwerk liegen, um das Atemzentrum durch die salzhaltige Luft anzuregen und ein ausgiebigeres Funktionieren der Atmungsorgane und damit eine vermehrte Sauerstoffaufnahme aus der an den Gradierwerken besonders ozonreichen Luft zu bewirken. Die Bewegung im Freien wurde genau dosiert — dabei standen natürlich Temperatur und Körpergewicht unter ständiger Kontrolle.

Von Inhalationen anderer Art als an den Gradierwerken habe ich bei diesen Kranken meist abgesehen. Wenn auch Tuberkelbazillen bei ihnen mit zwei Ausnahmen nicht nachzuweisen waren, so galten sie für mich doch immerhin für infektiös verdächtig, und solche Kranke halte ich von den Inhalatinsräumen nach Möglichkeit fern.

Unterstützen kann man dann die von mir angewandte Therapie noch durch eine Schmierseifenkur, für die ich das Krewel'sche Sudian empfehle. Ich habe sie im vorigen Jahre aus Mangel an dem Präparat, das jetzt wieder in den Handel gekommen ist, nicht anwenden können; bei den erwähnten chronischen Hilusdrüsenentzündungen nach Masern hat mir jedenfalls die Sudiankur in den Jahren vor dem Kriege als Unterstützungstherapie recht gute Dienste geleistet; ich habe sie vielfach auch zu einer häuslichen Nachkur noch anwenden lassen.

Von den 64 so behandelten Kranken haben 56 die Kur 6—8 Wochen durchgeführt — 8 haben sie leider vorzeitig unterbrochen. Bei allen 56 konnte ich am Schluß der Kur eine Gewichtszunahme (im Durchschnitt 2,4 kg in 6 Wochen) und eine Hebung der Kräfte feststellen. Nicht ganz gleichmäßig änderte sich das physikalische Krankheitsbild; doch konnte ich auch hier in einer Reihe von Fällen bereits einen deutlichen Rückgang der Hilusdrüsenschwellung nachweisen, die mir einige mir zugängliche Röntgenbilder bestätigten.

39 der auf diese Weise behandelten Kranken habe ich bis heute durch ärztliche Berichte verfolgen können — bei 19 von ihnen ist heute weder im Röntgenbild noch durch die physikalische Untersuchung irgend etwas Krankhaftes nachzuweisen; sie können zurzeit als völlig geheilt gelten. Bei weiteren 12 ist wiederum nach ärztlichem Bericht ein deutlicher Rückgang der Drüsenschwellungen und damit Hand in Hand gehend eine fortschreitende Besserung bis heute festzustellen gewesen. Bei 5 Kranken ist nach Aussage des Hausarztes ein Stillstand eingetreten; d. h. der Status ist unverändert geblieben. Bei den letzten 3 Kranken endlich zeigt sich heute auf Grund hausärztlicher Information eine Verschlimmerung; bei ihnen ist die Tuberkulose florid geworden — allerdings haben 2 von ihnen eine neue Grippe im Winter durchmachen müssen.

Immerhin — wenn wir das Fazit ziehen — so können wir mit dem durch das Solbad erzielten Erfolg zufrieden sein. Wenn wir bedenken, daß in sehr vielen Fällen nach Grippe die in einem chronisch entzündlichen Reizzustand befindlichen Drüsen den entweder neu an den Kranken herantretenden oder wohl meist latent in ihm vorhanden gewesenen Tuberkelbazillen eine Ansiedlungsstätte darbieten und so einen locus minoris resistentiae darstellen, so bilden die chronisch entzündlichen Hilusdrüsen als Schrittmacher für die Lungentuberkulose natürlich für ihre Träger eine große Gefahr. Bringen wir nun diese Entzündung durch die Kur im Solbad zum Rückgang und entziehen wir damit dem Tuberkelbazillus den Nährboden, so treiben wir eine wirksame Abwehrtherapie gegen die derzeitig furchtbarste Volksseuche, gegen die Tuberkulose.

Erfahrungen mit der Terpentinbehandlung bei dermatologischen und urologischen Erkrankungen.

Von Dr. med. **Johannes Scherler,**
Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Berlin.

Nachdem Klingmüller zuerst auf den günstigen Einfluß der Terpentineinspritzungen bei gewissen mit Entzündung und Eiterung einhergehenden Erkrankungen aufmerksam gemacht hat, haben die von vielen Seiten einsetzenden Nachprüfungen den Beweis des hohen Wertes der Terpentin-Therapie geliefert. Dieselbe hat aber den großen Nachteil, daß ihre Anwendung durch die von Klingmüller gegebene Vorschrift, wonach die Nadel bei der Injektion tief bis zur Beckenschaufel eingeführt werden muß, sehr erschwert ist. Auch wurde durch diese Vorschrift der von Klingmüller angestrebte Zweck, die Injektion möglichst schmerzlos zu machen, nicht erreicht, da selbst bei genauer Beobachtung des erwähnten Verfahrens Schmerzen, teilweise Lähmungen und mit Fieber einhergehende Infiltrationen auftraten. Alle diese Nebenwirkungen werden durch Anwendung des Terpichins vermieden.

Dieses aus Terpentinöl, das nach einem besonderen Verfahren gereinigt ist, Olivenöl, Chinin und Anaesthesin bestehende Präparat, ist in sterilen Ampullen zu je 1 ccm von der Firma Chemisches Institut Dr. Ludwig Oestreicher Berlin W 35, in den Handel gebracht worden und wird genau wie unlösliche Quecksilbersalizylpräparate intraglutäal injiziert, wobei die Applikationsstelle gleichgültig ist. Genauere Einzelheiten enthält die Arbeit von Dr. Karo.*) Da das Terpichin nur reinstes Terpentinöl enthält, sind bei seiner Anwendung alle lokalen und allgemeinen Reizerscheinungen ausgeschlossen, die lediglich den sonst im Terpentinöl enthaltenen Verunreinigungen zur Last zu legen sind. An einer großen Zahl des mir zur Verfügung stehenden Krankenmaterials habe ich Versuche angestellt und gefunden, daß das Terpichin ein äußerst wertvolles Adjuvans bei einer Reihe von Prozessen ist, die durch Entzündung und Eiterung charakteristisch sind, vornehmlich solcher der Haut und des Genitaltraktus.

Von Hautkrankheiten sind besonders geeignet für die Behandlung mit Terpichin-Einspritzungen die Furunkulose, sowohl die nur an einige Körperstellen gebundene, als auch die universelle. Viele Fälle, die in ihrer Hartnäckigkeit langer, intensiver Behandlung getrotzt hatten oder rezidivierten, kamen auf physikalische Therapie in Verbindung mit Terpichineinspritzungen, die zwei- oder dreimal wöchentlich wiederholt wurden, glatt zur vollkommenen Heilung und sind bei fortgesetzter Beobachtung ständig frei von Erscheinungen geblieben. Glänzende Wirkungen erzielte ich bei der Impetigo contagiosa, die auffallend gut auf Terpichin reagiert und bei der ich einen Fall durch eine einzige Injektion unter Vermeidung jeglicher anderen lokalen Therapie in wenigen Tagen zur restlosen Heilung kommen sah. Einwandfrei gute Resultate konnten wir ferner bei Ekzemen und ekzemartigen Dermatitiden, bei der Akne vulgaris, den Ulcera cruris, dem Herpes facialis et labialis, bei herpetiformen Eruptionen der oberflächlichen und tiefen Trichophytie und dem Lupus erythematodes beobachten, und auch hier haben gerade die alten, lange behandelten Fälle bewiesen, wie ausgezeichnete Dienste das Terpichin zu leisten imstande ist.

Die tiefe Bartflechte zeigt eine deutliche Rückbildung der bestehenden Infiltrate oft schon nach einigen Einspritzungen, wenn auch hierbei mit wenigen kaum zum Ziele zu kommen ist; doch können diese bei der ihnen fast stets eigenen leichten Verträglichkeit bequem 3—4 mal wöchentlich wiederholt werden. Man muß sich hier den Verhältnissen und dem ganzen Krankheitsbild anpassen und von Fall zu Fall entscheiden, wie oft man zu injizieren hat, ob und welche andern lokalen oder internen Mittel usw. mit heranzuziehen sind.

Eine feste Form dafür aufzustellen, halte ich für verfehlt, doch möchte ich mich nach meinen persönlichen Erfahrungen dahin aussprechen, unter 2 Injektionen pro Woche möglichst nicht herabzugehen, eher bei gutem Allgemeinzustand eine weitgehende Steigerung bis auf die doppelte Anzahl von Spritzen (4 pro Woche) anraten. Gerade die alten Leiden erheischen zur therapeutisch günstigen Beeinflussung größere Mengen in kürzeren Zeitzwischenräumen, und alte nässende Ekzeme und Unterschenkelgeschwüre verlieren oft erst bei dieser Art der Applikation ihren entzündlichen Charakter und zeigen Heilungstendenz. Fälle von Psoriasis, Herpes Zoster und Urticaria blieben unbeeinflußt durch Terpichin, desgleichen ein Fall von Arzneiexanthem. Das sind in der Hauptsache die Dermatosen, bei denen eine objektive Kontrolle mit Hilfe von Parallelfällen den Effekt des Terpichins zu beurteilen möglich machte und der in fast allen Fällen ausgesprochen günstig war. Wie bei dieser Art von Erkrankungen das Terpichin von hohem Wert als Heilungsfaktor ist, so auch, wie eingangs erwähnt, bei der Gonorrhoe, sowohl bei der akuten als auch ganz besonders bei der chronischen und ihren Komplikationen. Sind wir mit Hilfe des Terpichins im akuten Stadium der Go. in der Lage, so gut wie immer Komplikationen des einfachen Trippers auszuschalten und seine Heilung in kürzester Zeit herbeizuführen, so können wir anderseits wieder mit Terpichin Epididymitis, Prostatitis, Urethritis postgonorrh. usw. heilen. Gerade die alten Prozesse geben die Indikation für Terpichin an und zeitigen die besten Erfolge in kurzer Zeit. Schon nach einigen Spritzen sistiert der Ausfluß und der Urin klärt sich, der Patient empfindet keinen Schmerz, kein Brennen mehr und fühlt sich objektiv leichter. Zwei Injektionen genügen bei der einfachen Gonorrhoe meist in der Woche, dazu erhält der Kranke zum Selbsteinspritzen die gebräuchlichen Silber-Eiweiß-Lösungen, am besten das Choleval mit 0,5/200 beginnend und in steigender Konzentration. Wir sind auch in den andern Fällen bei den gut erprobten Methoden geblieben, haben aber stets gefunden, daß mit Terpichin die Prozesse weitaus harmloser und restloser zur Heilung kamen, als wenn wir darauf verzichteten, wie die Kontrollversuche bewiesen. Daß die Epididymitis in geradezu eklatanter Weise gut reagiert, will ich nur kurz hier anführen, das nähere findet sich in Karos Arbeit.

Nun noch einige wenige Worte über die Verträglichkeit des Präparates. Das Terpichin wird auch in kurzen Zwischenräumen fast stets völlig reaktionslos vertragen, zuweilen finden sich leicht ziehende in den Oberschenkel ausstrahlende Schmerzen, die aber nie mit Fieber einhergehen. Infiltrate sind bei steriler Anwendung ausgeschlossen und niemals beobachtet worden. Nierenreizung konnte ein einziges Mal konstatiert werden und zwar bei einem Versuch, den ich an mir selbst unternahm, um die Einwirkung des Terpichins auf das Blutbild zu bestimmen. Bei sorgfältiger Versuchsanordnung wurde ein Blutpräparat angefertigt, danach eine Ampulle Terpichin intraglutäal injiziert und nach 2 Stunden, 4 Stunden, 24 Stunden das Blutpräparat unter den gleichen Bedingungen wiederholt und eine zunehmende Leukocytose festgestellt. Die Injektion, die am Vormittag 10,30 Uhr ausgeführt wurde, war absolut reiz- und reaktionslos. 21 Stunden später traten kolikartige Schmerzen in der Nierengegend auf, die langsam an Intensität verloren und nach weiteren 48 Stunden verschwunden waren. Im Harn fanden sich Erytrocyten und vereinzelte Zylinder. Da ich niemals vorher derartige Koliken gehabt habe oder überhaupt nierenkrank war glaube ich annehmen zu müssen, daß dieser Fall, übrigens der einzige bei tausenden von Injektionen, auf einer Idiosynkrasie beruht, oder sollte etwa das Terpichin diagnostische Fähigkeiten in sich bergen und eine latente Nephrolithiasis bei mir sich bemerkbar gemacht haben? Wie dem auch sei, es ist, wie gesagt, der einzige, dazu harmlose Fall einer Nierenreizung (?) und was bedeutet diese gegen die vielen geschilderten Vorzüge?

Zur Unterstützung der Terpichinwirkung in Fällen von Gonorrhoe, namentlich bei Blasenreizung empfehle ich den ebenfalls von der Firma Dr. Ludwig Östreicher in den Handel gebrachten Eukystol-Tee. Dieser Tee besitzt eine

*) Karo, Med. Klinik 1919 Nr. 29 und Therapie der Gegenwart 1920.

ganz hervorragende diuretische und antiseptische Wirkung; unter seinem Einfluß lassen die lästigen Miktionsbeschwerden nach, der Harn klärt sich.

II. Referate.

Sanitätsrat Dr. **Baur** (Bad Nauheim): **Zur kombinierten Bäder- und Digitalisbehandlung der chronischen Herzinsuffizienz.** (Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankkrankheiten, 1920, Nr. 2 und 3.)

Bei akuter schwerer Herzinsuffizienz und Kompensationsstörungen ist die Digitalis an Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung durch kein anderes Mittel zu ersetzen. Kohlensäurebäder sind in diesen Fällen kontraindiziert. In den Fällen von chronischer Herzinsuffizienz haben die kohlensäurehaltigen Solbäder gute Erfolge gezeitigt, wobei vom Verfasser hervorgehoben wird, daß gerade die Sole bei beginnender Degeneration des Myokards besonders geeignet ist, das Muskelgewebe wiederherzustellen. Die Digitalis hat eine ausgesprochene Herzwirkung, während die Gefäßwirkung in den Hintergrund tritt. Die kohlensäurehaltigen Solbäder wirken besonders günstig auf die Gefäße und dann reflektorisch auf das Herz. Dazu kommt noch ihre günstige Wirkung auf den Gesamtorganismus. Die Wirkung der Digitalis bei Herzinsuffizienz ist eine rasche, die der kohlensäurehaltigen Solbäder eine langsamere und allmählich in die Erscheinung tretende; dafür aber hält ihre Wirkung in der Regel länger an.

Während der Badekur mit kohlensäurehaltigen Solbädern kann man auf die Digitalis verzichten, wenn nach erstmaliger akuter Herzinsuffizienz mehrere Wochen ohne Rückfall verflossen sind, wenn die Stauungserscheinungen restlos beseitigt sind und der Patient sich eines relativen Wohlbefindens erfreut. Während der Badekur bedürfen einer gleichzeitigen Digitaliskur diejenigen Fälle, bei denen trotz Digitalis die Herzinsuffizienz sich regelmäßig wiederholt hat, wo trotz dauernder Digitaliskur die restlose Beseitigung der Stauungssymptome noch nicht geglückt ist, wo die Badekur allein keinen sicheren Erfolg verspricht, wo Vorhofsflimmern und dauernd erhöhte Pulsfrequenz eine Erschöpfung zu veranlassen drohen, und schließlich die Fälle von relativer Trikuspidalinsuffizienz. Hh.

Dr. **Rudolf Reitler** (Wien): **Ueber kombinierte Chinin-Methylenblautherapie der Malaria.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1920, Nr. 1.)

Das von Ehrlich und Guttmann in die Malariatherapie eingeführte Methylenblau hat sich nur in einzelnen Fällen als wirksam erwiesen. Verfasser fand nun, daß in chininresistenten Fällen Methylenblau ausgezeichnet wirkte, wenn es nach dem Chinin gegeben wurde, dagegen bei alleiniger Anwendung versagte. An einer größeren Anzahl von Fällen — mit einer Ausnahme Tertianafällen — zeigte sich weiter, daß die Behandlung mit an sich therapeutisch nicht wirksamen Mengen Chinin bei gleichzeitiger Darreichung von Methylenblau die Anfälle sofort kupierte und die Plasmodien aus dem Blut rasch zum Verschwinden brachte. Das Methylenblau wurde dabei in der Dosis 5 mal 0,1 g auf den Tag gegeben, die Tagesdosis Chinin betrug 0,5, 0,2 oder 0,1 g, stets in 2 Einzeldosen geteilt. Die kombinierte Chinin-Methylenblaubehandlung wurde nach dem Nocht'schen Schema durchgeführt. Bei chininresistenten Kranken wirkt Methylenblau, wenn es gleichzeitig mit normaler Chinindosis gegeben wird.

Dr. **Duken** (München): **Beitrag zur Kenntnis der eitrigen Erkrankungem der Harnwege im Kindesalter — ein Bakterium der Influenzagruppe als Erreger der Pyelozystitis.** (Archiv für Kinderheilkunde, Band 67, Heft VII.)

Die Pyelozystitis ist bei Kindern eine außerordentlich häufige Erscheinung. Das klinische Bild zeigt eine schwere Infektion, sonst wenig eindeutige Symptome. Aus diesem Grunde wird die Krankheit so oft in der Praxis übersehen; man sollte bei jedem unklaren Fall von Infektion im Kindesalter auch an diese Krankheit denken. Die Behandlung besteht in Urotropin, Karlsbader Mühlbrunnen und reizloser Kost. Nach 10 Tagen kommt eine Blasenspülung mit 200 ccm körperwarmen Borwassers, dann 200 ccm einer ¼%-Lösung Protargol und 200 ccm sterilen Wassers in Frage. Hh.

Dr. **Ernst Friedrich Müller** (Hamburg-Eppendorf): **Ein neues unspezifisches Provokationsverfahren bei der männlichen Harnröhrengonorrhöe.** (Münch. mediz. Wochenschrift 1920, Nr. 1.)

Auf Grund theoretischer Ueberlegungen gelangte Verfasser dazu, das Aolan, eine bakterien- und toxinfrei hergestellte Milcheiweißlösung zur Provokation behufs Nachweises von Gonokokken beim Ablauf der Gonorrhöe der Männer zu verwenden. Das Aolen wird intrakutan (0,2 bis 0,3 ccm) in den Unterarm gespritzt, so daß eine weiße Quaddel entsteht. 6 Stunden nach der Einspritzung tritt ein leichter Juckreiz in der Harnröhre auf, woran sich eine deutliche Vermehrung des Ausflusses anschließt. In diesen Ausfluß sind, wenn die Gonorrhöe noch besteht, nach Verfassers Beobachtungen Gonokokken mit fast an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Dies gelang auch in einigen ganz alten Fällen mit 1—2 Jahre bestehendem geringen Ausfluß.

Dr. **Friedrich Schäfer** (Breslau): **Ueber Ecrasol „Schürholz", ein neues Krätzeheilmittel.** (Therapeutische Monatshefte, Dezember 1919.)

Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Verf. zur Behandlung der Krätze ein neues Präparat Ecrasol (Hersteller: Chem. Laboratorium J. Schürholz, Cöln a. Rh.). Es ist dies eine flüssige Styrax-Seife, eine bräunlich klare Flüssigkeit von Honigkonsistenz, welche weder die Haut noch die Wäsche färbt und sich in Wasser zu einer milchigen Emulsion löst; Ecrasol ist geruchlos und mit heißem Wasser abwaschbar. Für eine Kur genügt meist eine Originalflasche Ecrasol (100 ccm). Man verfährt folgendermaßen: Nach einem kräftigen Seifenbade wird das durch Einstellen in warmes Wasser erweichte Ecrasol drei Abende hintereinander in die Haut des Rumpfes, der Gliedmaßen und der Geschlechtsteile gut eingerieben. Am vierten Tage wird wieder ein Seifenbad genommen resp. eine Abwaschung mit heißem Wasser gemacht. Vor dem Einreiben ist der zu behandelnde Körperteil anzufeuchten. Man kann in der Krankenhausbehandlung die Ecrasolkur auch an einem Tage erledigen.

Dr. **Gustav Freund** (Berlin): **Ueber die Verwendung von Ormicet in der chirurgischen Wundbehandlung.** (Therapie der Gegenwart, 1919, Dezember.)

Ormicet, eine Verbindung von Ameisensäure mit Tonerde, wurde vor einigen Jahren als Ersatz der essigsauren Tonerde eingeführt. Verfasser hatte Gelegenheit, das Präparat in der chirurgischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses zu verwenden, und zwar als Wundbehandlungsmittel in 3proz. Lösung, bei akuten Entzündungserscheinungen der Mund- und Rachenschleimhaut in 1½proz. Lösung zum Gurgeln. Alle mit Ormicetlösung behandelten Eiterhöhlen (Empyeme), infizierte Wunden, eröffnete Phlegmonen usw. reinigten sich schnell unter entsprechendem Rückgang der Entzündungserscheinungen; ebensogut war die Wirkung der Ormicetlösung als Gurgelwasser; in therapeutischer Hinsicht ist also Ormicet der essigsauren Tonerde mindestens gleichwertig, wenn nicht überlegen. Ein Vorzug der Ormicetlösungen vor denen der essigsauren Tonerde besteht darin, daß sie auch bei wochenlangem Stehen klar und geruchlos und daher reizlos bleiben.

Dr. **Joseph Hohlbaum** (Leipzig): **Zur chirurgischen Therapie des chronischen Duodenalgeschwürs.** (Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 113, Heft 3.)

Auf Grund seiner großen Erfahrungen an der Chirurgischen Universitätsklinik in Leipzig (GR. Prof. Payr) kommt Verfasser zu dem Schluß, daß bei der Indikationsstellung zur chirurgischen Behandlung des Duodenalgeschwürs größere Zurückhaltung geboten ist. Man soll einerseits die technischen Schwierigkeiten und die Gefahren bei der Operation nicht unterschätzen, andererseits auch der Tatsache Rechnung tragen, daß auch nach der Operation sich ein Ulcus pepticum entwickeln und die bösen Ulcus-Komplikationen (Blutung, Perforation) entstehen können. Dazu kommt die oft festgestellte nervöse Aetiologie des Geschwürs und die große Möglichkeit, mit inneren Mitteln Erfolge zu erzielen. Verfasser teilt die Ansicht, die auch Boas hat, daß man die Operation zur Wahl stellen soll, wenn die interne Kur versagt, wenn okkulte oder manifeste Blutungen schnell aufeinanderfolgen und wenn die Duodenalgeschwüre besondere Komplikationen zeigen, namentlich Stenosen bilden. Von den chirurgischen Methoden ist der Resektion der Vorzug zu geben; bei den Geschwüren der Vorderwand genügt allerdings die Gastroenterostomie und die Uebernähung des Ulcus in den meisten Fällen. Den chirurgischen Eingriffen hat eine sachgemäße ausgiebige interne Nachbehandlung zu folgen. rs.

Dr. **Frankenstein** (Cöln): **Die Behandlung der Plazenta praevia.** (Fortschritte der Medizin 1920, Nr. 6.)

Auf 600 bis 700 Schwangerschaften kommt eine mit Plazenta praevia, also eine immerhin recht beträchtliche Zahl. Die Plazenta praevia kann leicht zu sehr starken Blutungen führen und erfordert schnelles Eingreifen. Das Charakteristische der Plazenta praevia ist die mangelhafte Deziduabildung bei der Nidation des Eies im unteren Gebärmutterabschnitt und eine starke Erweiterung der Blutgefäße des unteren Uterinsegmentes durch das tiefere Eindringen foetaler Elemente in die Muskulatur der Gebärmutter. Beim Auftreten der Blutung infolge von Plazenta praevia empfiehlt sich Bettruhe und Ruhigstellung des Uterus durch Opiate. Von der Tamponade und dem Kolpeurynter soll man möglichst wenig Gebrauch machen. Die endgültige Stillung der Blutung kann nur durch eine Entleerung der Gebärmutter erfolgen. Das geschieht auf dem Wege der Wendung nach

Braxton Hicks. Der Wendung darf sich aber nicht etwa die Extraktion anschließen. Das langsame Austreten des in unvollkommener Fußlage befindlichen Kindes hat allerdings viel tödliche Folgen für das Kind. Die Chance für das Kind suchte man durch die Metreuryse, durch Einlegen des Kolpeurynters, zu verbessern. Das Einlegen des Kolpeurynters ist nicht leicht. Auch ist die Gefahr eines Miteindringens von Luft und daran anschließend einer Luftembolie nicht zu unterschätzen. Die von Dührßen empfohlene Methode des vaginalen Kaiserschnittes mag für den Spezialisten nicht schwer sein, für den ärztlichen Praktiker aber dürfte sie kaum in Frage kommen, so wünschenswert die Beherrschung ihrer Technik auch wäre. Ebenso liegen die Verhältnisse beim klassischen Kaiserschnitt. rs.

Otto Strauß (Berlin): **Betrachtungen zur Strahlentherapie der chirurgischen Tuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 2.)

Auf Grund der Erfahrungen, welche Rollier in Leysin, Bernhard in Samaden, Kisch in Hohenlychen gemacht haben, andererseits unter kritischer Würdigung der Berichte einer Anzahl von Autoren inbetreff der Ergebnisse der Friedmann'schen Impfung bei chirurgischer Tuberkulose kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß die Strahlentherapie (Heliotherapie) in Verbindung mit Freiluftbehandlung usw. hinsichtlich ihrer Erfolge an erster Stelle steht; die Friedmannbehandlung steht hinter ihr weit zurück. Eine Einschränkung ist aber zu machen. Verfasser hat während des Krieges im Osten (Polen) bei der einheimischen Bevölkerung, ebenso wie Brüning und Heinemann in der Türkei, sehr wenig Erfolge bei der Knochen- und Gelenktuberkulose mit der Sonnenbehandlung erzielt, so daß er zur chirurgischen Therapie zurückkehrte und nur postoperativ bestrahlte. Er führt dies Versagen der konservativen Heliotherapie auf die chronische Unterernährung der Bevölkerung in den genannten Ländern zurück. Eine gute Ernährung ist eben die notwendige Vorbedingung für den Erfolg jeder konservativen Behandlung bei der Tuberkulose.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Balneologische Gesellschaft.

Erste Sitzung Donnerstag, den 11. März, vormittags 9 Uhr.
Vorsitzender: Herr Strauß.

Herr **Strauß** (Berlin): **Eröffnungsrede.**

Meine Herren! Indem ich die Ehre habe, den 36. Kongreß der Balneologischen Gesellschaft zu eröffnen, begrüße ich alle Herren Kollegen, die zum Teil von weither, so unter anderem auch aus Oesterreich und den dem ehemaligen Böhmen zugehörigen Bädern trotz aller Schwierigkeiten der Verkehrs- und Unterkunftsverhältnisse hierhergekommen sind, um an unseren Sitzungen teilzunehmen, und gedenke ich mit ehrerbietigem Danke der uns hoch ehrenden Anteilnahme hoher Behörden, welche die Gewogenheit hatten, Vertreter zu unseren Sitzungen zu senden. Ich begrüße als Vertreter des Reichsarbeitsministeriums Herrn Oberstabsarzt Prof. Martineck, als Vertreter des Reichswehrministeriums Herrn Generalarzt Schultzen, als Vertreter des Reichsministeriums des Innern Herrn Geheimen Regierungsrat Hamel, als Vertreter des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt Herrn Wirkl. Geh. Obermedizinalrat Prof. Dietrich.

Sechs Jahre haben unsere Tagungen geruht und gar vieles hat sich verändert, seitdem wir uns zuletzt in Hamburg getroffen haben. Zur Zeit des letzten Kongresses stand Deutschland als ein mächtiger und ob seiner Leistungen bewunderter Staat da. Unsere Einrichtungen, nicht nur auf balneologischem Gebiete, wurden von Wißbegierigen aus aller Herren Länder studiert und unsere Kurorte wurden von Angehörigen aller Nationen aufgesucht. Heute ist der einst so gefürchtete Staat wehrlos gemacht, und ein Krieg, wie ihn die Welt noch nicht gesehen, hat uns Wunden geschlagen, zu deren Vernarbung lange Zeit notwendig sein wird.

Auch gar mancher von denen, welche früher unsere Versammlungen geziert haben, ist direkt oder indirekt ein Opfer des Krieges geworden. Sind doch während des Krieges mehr als 500 Aerzte gefallen oder nach Verwundungen gestorben und fast 800 Aerzte Krankheiten erlegen, die mit dem Krieg zusammenhängen. Auch unser Vorstand ist verwaist, indem vier seiner Mitglieder nicht mehr unter uns weilen. Unser Herr Generalsekretär wird aller derer, die von uns geschieden sind, noch in besonderer Weise gedenken. Wir haben aber die große Freude, daß zwei von den Begründern unserer Gesellschaft, die Herren Brock und Thilenius, auch heute noch in unserem Vorstande in rüstigster Weise unsere Arbeiten fördern. Geblieben ist uns allen aber eine gewaltige Aufgabe. Schon während des Krieges waren die Aerzte bemüht, von den Wunden zu lindern, was nur irgendwie möglich war, und es ist den Aerzten von vorgesetzter Stelle ob ihrer Leistungen wiederholt die größte Anerkennung gezollt worden. Ist es ihrer Tätigkeit doch gelungen, über 90% des Abganges wieder dienstfähig zu machen. Unter den mehr als 24000 Aerzten, welche im Dienst des Heeres gestanden haben, haben auch die Badeärzte ihr Bestes hergegeben, um die Folgen des Krieges zu lindern. Großes haben sie im Einzelnen geleistet und mit hoch zu rühmender Hingabe haben sie sich den Organisationen zur Verfügung gestellt, welche der Kriegsbeschädigtenfürsorge gewidmet waren. Hierdurch haben sie die Segnungen des in Deutschland hochentwickelten Badewesens vielen Leidenden zur Verfügung gestellt und an der Heilung des wundgewordenen Volkskörpers oft in entscheidender Weise mitgewirkt. Noch ist aber der Zeitpunkt nicht gekommen, welcher den Badeärzten gestattet, zu ruhen. Noch für lange Jahre hinaus verlangen die Nachwirkungen des Krieges ernste Betätigung von Seiten der Kurorte und ihrer Aerzte. Denn fast unübersehbar ist die Zahl der Fälle, welche zur Beseitigung der Folgen von Verwundungen noch für Jahre hinaus einer Bäderbehandlung bedürfen, und nicht minder groß ist die Gruppe derjenigen Kranken, welche infolge einer durch den Krieg erzeugten Krankheit siech geworden sind und von Bade- und Trinkkuren Erholung und Wiederherstellung ihrer Leistungsfähigkeit erhoffen. Aber nicht genug damit, auch die Zivilbevölkerung hat durch den Krieg unsagbar schwer gelitten. Es genügt hier schon, das Wort „Kriegsernährung" auszusprechen und an die einzelnen Entbehrungen und die seelischen Qualen zu erinnern, welche der Krieg mit sich gebracht hat. Leider sind eine ganze Anzahl dieser Schädlichkeiten auch jetzt noch in mehr oder weniger starkem Grade vorhanden, denn der Kriegszustand ist zwar beendet, aber keineswegs von friedlichen Verhältnissen abgelöst worden. Schmutz, mangelhafte Ernährung, unzureichende Kleidung, ungenügende Heizung, um nur die wichtigsten zu nennen, schädigen noch weiter den Gesundheitszustand unseres Volkskörpers und die einst bei uns so hochstehend gewesene Hygiene und die sprichwörtlich gewordene Sauberkeit — was ist von diesen geschwunden? Und wie steht es gar mit der Hygiene und mit der Medizinalpolizei in den neu geschaffenen Randstaaten? Drohen nicht auch von dort besondere Gefahren, die an sich noch geeignet sind, unsere Hoffnung auf eine baldige Hebung der Volksgesundheit einzuschränken? Trübe sind also die Farben, in welchen sich das Bild der Zukunft unserer Volksgesundheit darbietet, und es bedarf daher der vereinten Anstrengungen aller Kreise, die berufen sind, an der Gesundung unseres Volkskörpers mitzuwirken, um die vorhandenen und noch kommenden Schäden der Volksgesundheit auf ein erträgliches Maß zu verringern. Es ist deshalb nicht zuviel gesagt, wenn wir behaupten, daß für den Wiedearufbau der Volksgesundheit die Mitarbeit der an Kurorten tätigen Kollegen von besonderer Wichtigkeit sein wird. Hat doch nicht bloß ganz allgemein die Zahl der Kranken zugenommen, sondern erfordert doch auch die Schwere der Existenzbedingungen, wie sie zurzeit vorhanden sind, daß aus jedem einzelnen — auch aus den nicht völlig Gesunden — so viel an Arbeitsleistung herausgeholt wird, wie nur möglich ist.

Und gerade hier gehen die Aerzte, deren Arbeit keine Stundengrenze kennt, mit gutem Beispiel voran, indem sie von dem Bewußtsein erfüllt sind, daß die Tätigkeit des Arztes gerade jezt mehr als je von sozialen Impulsen getragen und von der Idee gegeleitet sein muß, daß bei dem Wiederaufbau unseres Vaterlandes den Aerzten eine besonders wichtige Aufgabe zukommt. Die Ausführung derselben wird sicherlich auch dadurch erleichtert, daß sich die gleichen Zwecken dienenden Organisationen mehr als bisher zu gemeinsamer Arbeit verbünden. Allerdings dürfen die Aerzte und speziell auch die in den Kurorten tätigen Aerzte auch erwarten, daß die Schwierigkeiten ihrer eignen Existenzbedingungen gleichfalls anerkannt werden. Es wäre sehr bedauerlich, wenn die zurzeit vorhandenen wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu einem Nachlaß der Weiterbildung und damit der Leistungsfähigkeit unserer Badeärzte führen würden, da diese unsere Kurorte im Verein mit deren natürlichen Heilmitteln zu einem Kleinod gemacht haben, um welches uns auch jetzt noch manches fremde Land beneidet. An unseren Kurorten hat ja der Krieg nichts geändert. Vielleicht hat die Kriegsnot ihre Leistungen sogar noch erhöht. Der heute beginnende Kongreß soll zeigen, was die Kurorte und die Kurärzte während des Krieges geleistet haben und was sie in Zukunft für die Kriegsbeschädigten noch zu leisten haben. Rückblicke und Ausblicke auf dem Gebiete der Behandlung der Kriegsbeschädigten sollen unsere diesmaligen Erörterungen ausfüllen, und es haben deshalb in höchst dankenswerter Weise bewährte Balneologen die Referate übernommen. Wir hoffen, daß diese Referate zusammen mit einem regen Meinungsaustausch mit den hier anwesenden Kollegen ein übersichtliches Bild über die gemachten Erfahrungen und wertvolle Richtlinien für die zukünftige Arbeit auf dem hier zu erörternden Gebiete liefern werden. Die Zeit und die Umstände, unter welchen der diesjährige Balneologenkongreß stattfindet, haben es mit sich gebracht, daß die Zahl der Teilnehmer unserer Versammlung geringer ist als sonst. Um so emsiger wollen wir im kleinen Kreise an die Arbeit gehen, um dem Ziele, welchem die diesjährige Versammlung gilt, entgegenzustreben. Die Fragen, die hier zur Erörterung stehen, sind so wichtig, daß nicht nur weite ärztliche Kreise, sondern über diese hinaus die große Zahl derer, welche heute noch infolge des Krieges an einer Gesundheitsschädigung leiden, regen Anteil an unserer Arbeit nehmen wird. Möge über der letzteren ein günstiger Stern walten, und möge ganz allgemein die Zukunft der deutschen Balneologie eine glückliche und segenbringende sein!

Herr **Martineck** (Berlin) dankt für die Begrüßungsworte im Namen der Reichsbehörden, besonders des Herrn Reichsarbeitsministers. Er spricht den Badeärzten die Anerkennung des Reichsarbeitsministeriums für ihre Dienste in der Kriegsbeschädigtenfürsorge aus und sieht eine der wichtigsten zukünftigen Aufgaben der Balneologischen Gesellschaft in der Vereinigung ärztlicher und sozialer Tätigkeit.

Herr **Dietrich** (Berlin): Meine sehr geehrten Herren! Im Namen des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt, meines Herrn Chefs, der mich mit seiner Vertretung beauftragt hat und dem die Fürsorge für die Kur- und Badeorte in Preußen obliegt, möchte ich zunächst ebenfalls für die Einladung zur heutigen Tagung und für die liebenswürdigen Begrüßungsworte des Herrn Vorsitzenden bestens danken. Der Herr Minister hat mit besonderem Interesse davon Kenntnis genommen, daß die Balneologische Gesellschaft nach einer jahrelangen, ihr durch den Krieg aufgezwungenen Arbeitspause jetzt wieder beginnt, ihre Arbeit aufzunehmen. Seit mehr als 3½ Jahrzehnten hat es sich die Balneologische Gesellschaft zur Aufgabe gestellt, die Bäderkunde und die Kur- und Badeorte wissenschaftlich zu fördern. Unter der Leitung vortrefflicher Präsidenten und unter der treuen Fürsorge eines ausgezeichneten Generalsekretärs, der seit Begründung der Gesellschaft sie wie ein Vater gehegt und gepflegt hat

und den wir auch heute die große Freude haben, unter uns zu sehen, ist es gelungen, dieser Aufgabe in hohem Maße gerecht zu werden.

Heute, in dieser ernsten und schweren Zeit, in der ein lastender Friede uns bedrückt und unsere Feinde uns nehmen wollen, was nur irgend genommen werden kann, bedeuten die Heilschätze unserer Kur- und Badeorte einen um so kostbareren vaterländischen Besitz, als sie von unseren Feinden nicht genommen werden können. Deshalb ist es auch die Pflicht aller beteiligten Kreise, mit allen Kräften in gemeinschaftlicher Arbeit darnach zu streben, diesen Besitz zu entwickeln und nutzbringend zu machen im Interesse der Gesamtheit und wirtschaftlichen Kraft des Volkes. Zwei Gruppen von Beteiligten sind besonders berufen, hierbei mitzuarbeiten, einmal die Aerzte und die Fachärzte, die Badeärzte, die den Kur- und Badeorten in der unmittelbarsten Weise dienen können, sodann die Männer der Wissenschaft und Forschung, die den Aerzten durch ihre Geistesarbeit das notwendige Rüstzeug für ihre balneotherapeutische Arbeit schärfen und liefern. Diese beiden Gruppen heute hier in der Balneologischen Gesellschaft von neuem zu gemeinsamer Arbeit vereinigt zu sehen, ist mir ein Gegenstand besonderer Freude und Genugtuung.

(Fortsetzung folgt.)

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Pädiatrische Sektion.

(Eigenber. d. Allg. med. Centr.-Ztg.)

Sitzung vom 18. V. 20.

Vors.: Herr Czerny.

Tagesordnung:

1. Gehäufte Fälle von Hautemphysem bei Grippe.

Herr Gehrt: Hautemphysem ist im allgemeinen ein posttraumatisches Ereignis, sei es nach Frakturen oder Tracheotomie, Pneumothorax oder bei Ruptur alter Cavernen; nur selten führt Zerreißung von Alveolen nach Hustenstößen bei Pertussis und Bronchopneumonie zu dem gleichen Ergebnis; 4mal sah G. während oder nach Grippe bei Kindern diesen Zustand mit tötlichem Ausgange. Die Sektion ergab subpleurale Blähungen und Erweichungsherde auf nekrotischer Basis. Ein Fall von bullösem, interstitiellem Emphysem stieg bis zum Hilus herunter. Selbst bei entzündlichen und bronchopneumonischen Prozessen bringt eine starke Inspiration trotz der mechanischen Hinternisse Luft in die Gewebe: die Folge ist starkes alveoläres Emphysem, das selbst zur Ruptur führen kann. Die Seltenheit des Vorkommnisses läßt eine besondere Disposition des Bindegewebes voraussetzen; diese beruht wohl auf Gewebsschwäche, die das Produkt von bakteriellen Toxinen ist. Die Alveolarruptur bringt den Kindern keine Schmerzanfälle, sie wird erst durch das folgende Hautemphysem gebracht.

2. Krupöse Entzündung der Luftwege bei Grippe.

Vortr. hat diese Erscheinung 6mal bei Kindern von 2—9 Jahren unter 200 Fällen von Grippe gesehen. Die Kruperscheinungen erzwangen mehrfach die Tracheotomie. Erst mehrere Minuten später — also anders als bei der Tracheotomie wegen Diphtherie — milderten sie sich erst nach Verlauf von starken Hustenstößen unter zähem Schleimauswurf. Diese Anfälle wiederholten sich mehrmals, und 3mal erfolgte schließlich der Tod; 3mal fanden sich Diphtherie-Bazillen in den Membranen. Trotzdem gehört der Prozeß in den Symptomenkomplex der Grippe; bei ihr findet man häufig Pseudomembranen mit Diphtheriebazillen; letzteres wird freilich von anderen Untersuchern bestritten. Immerhin ist Diphtherieserum-Injektion geboten; aber die Prognose ist ernster als die des diphtherischen Krups.

Diskussion:

Herr Hamburger sah einen gutartigen Fall von Hautemphysem nach Grippe,

Herr Cassel zwei ebenfalls günstig verlaufene Fälle nach Masern.

Herr Finkelstein fand mehrfach gerade nach Grippe Diphtherie-Infektionen; erstere ist hier der Wegbahner. Freilich stellte Heubner ohne Diphtherie auftretende Bildungen von Pseudomembranen in Abrede; das geschah mit Unrecht. Die Di-Bazillen beruhen jedenfalls auf einem Nosoparasitismus.

Herr Fränkel fand ebenfalls Komplikationen von Grippe mit Diphtherie; bei Trachealstenosen der Grippe fanden sich aber in Rachen und Nasen nie Bazillen.

Herr Kleinschmidt: An der Czerny'schen Klinik kamen in solchen Fällen auch post mortem Bazillen nicht zur Entdeckung; das Serum war wirkungslos.

Schwierigkeiten bei der Ernährungstherapie des Morbus Barlow.

Herr Grünfelder: Im Kaiser Friedrich-Kinderkankenhaus kamen 1918 10 Fälle von Ernährungsstörungen zur Beobachtung. Das lag an der schlechten „Sammelmilch" der öffentlichen Sammelstellen. Die Milch wird nicht mehr durch Unterkühlung vorbereitet, enthält also in Berlin bereits einen hohen Säuregrad und wird vor dem Pasteurisieren mit Soda behandelt. Immerhin gehört zum Entstehen von Morbus Barlow noch eine besondere Disposition. So erkrankten namentlich Pertussis-Kinder — vermutlich eine Wirkung des langen Aufenthaltes im Krankenhause. Rohe Milch — die sich aber nachträglich als pasteurisiert erwies — und Mohrrüben von zweifelhafter Herkunft (aus Minden) waren wirkungslos. Erst als Rhabarber und Spinat zur Verfügung standen, kam es zur Heilung. Zitronensaft brachte in 1 bis 2 Wochen eine fast spezifisch anmutende Heilung; schon als Prophylaktikum erscheint sie daher indiziert; die Darreichung per os genügt.

Aussprache.

Herr L. F. Meyer sah in 111 Fällen Blutungen im Gesicht; sie waren bald ganz unansehnlich, bald beträchtlich; meist beschränkten sie sich auf Kopf und Gesicht; das ist sonst vom Barlow nicht bekannt. Die Blutungen weisen auf Infekte hin und beruhen auf der Konstitution und augenblicklichen Disposition der Kinder. Es besthet eben Insuffizienz der Nahrung.

Die Erkrankungskurve steigt auf im April bis Juni. Als von Bolle frische, nichtpasteurisierte Milch geliefert wurde, trat langsam Heilung ein.

Herr Herbst: Nach Heß-New-York gibt es auch einen latenten Barlow; er kennzeichnet sich durch Gewichtsstillstand.

Herr Czerny: Beri-Beri ist das Prototyp der Defekt-Erkrankungen, läßt sich experimentell hervorrufen und trotzdem gilt er vielen Autoren noch als Infektion. Schwieriger ist noch die Frage des Morbus Barlow. Die Amerikaner treten für die Vitamine ein und weisen uns energisch auf die Bedeutung richtiger Ernährung hin.

Herr Fränkel sah in der Poliklinik keinen Barlow.

Herr Cassel beschrieb in Berlin den ersten Fall. Frische Milch versagte als Therapeutikum nie. Fruchtsäfte machen leicht Durchfälle, zumal bei jungen Kindern.

Herr Czerny: Ein amerikanischer Kongreß schuldigte das Kochen der Milch als Ursche an, ein anderer revidierte diese Meinung.

Herr Finkelstein: Wien wird gerade von einem Genius hämorrhagicus heimgesucht; sehr viele Krankheitsformen verlaufen dort jetzt mit Blutungen. Zitronen- und Orangensaft hilft in überraschender Weise. Mode.

IV. Bücherschau.

Akademische Turn- und Sportblätter.

Durch die Einrichtung eines Turn- und Sportamtes für die Gesamtheit der deutschen Studentenschaft veranlaßt, haben sich die verschiedenen kleinen akademischen Zeitschriften für Turnen, Spiel und Sport zusammengetan. Die Schriftleitung der neuen Zeitschrift, die unter dem Titel „Akademische Turn- und Sportblätter" monatlich im Deutschen Sport- und Turnverlag erscheint, ist in die bewährten Hände von Dr. med. A. Mallwitz gelegt worden, der sich seit vielen Jahren mit der Frage der Leibesübungen eingehend befaßt und organisatorisch viel Gutes gestiftet hat. Unter den Mitarbeitern des Blattes seien nur Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Partsch in Breslau, Sanitätsrat Dr. Wulsten in Berlin und der emsige Förderer der Volks- und Jugendspiele Prof. J. Heinrich in Charlottenburg genannt, Namen, die allen Aerzten für die gute Organisation bürgen. Möge die Pflege der Leibesübungen an unseren Hochschulen Wurzel fassen und vorbildlich für alle Schichten der Bevölkerung werden! Das ist ein Wunsch, der für unsere durch Kriegsnot und darauf erfolgtes Elend körperlich so schwer heruntergekommene Bevölkerung durchaus am Platze ist. — Wir hoffen, daß der Hinweis auf das Erscheinen der Akademischen Turn- und Sportblätter genügen wird, um ihnen auch in den Kreisen der Aerzte Freunde zuzuführen, da ja die Aerzte dazu berufen sind, keinen Weg unbetreten zu lassen, der zur Wiederaufrichtung unseres Vaterlandes aus dem Elend zu seiner früheren Höhe führt. Hirsch.

Dr. **Gustav Gabriel** (Nauheim): **Ueber den Grund des Watschelns bei rachitischen O-Beinen.** (Dissertation Frankfurt am Main, 1920.)

Die vorliegende Arbeit aus dem Institut von Prof. Ludloff beleuchtet alle die Fälle von „watschelndem Gang", in denen durch rachitische Veränderungen am Knochensystem neue statische Bedingungen geschaffen werden, die auch die Muskeln in Mitleidenschaft ziehen. Im allgemeinen wird durch die O-förmige Verbiegung der Oberschenkeldiaphysen der Trochanter major von der Körpermittellinie abgerückt und gleichzeitig in die Höhe geschoben. Jedoch ist das Watscheln nicht allein von der Coxa vara und der Insuffizienz des Musculus glutaeus medius abhängig, wie Debrunner meint, sondern kann noch durch andere Verhältnisse hervorgerufen sein.

Nach der Ansicht des Verfassers ist ein Hauptgrund die Verkürzungsbehinderung des Beines im Kniegelenk; sie ist nicht durch eine Beschränkung der Exkursionsfähigkeit durch irgendwelche Prozesse im Gelenk bedingt, sondern durch die Scheu des Patienten, das Bein im Kniegelenk bis zum normalen für das glatte Gehen notwendigen Winkelmaß abzubiegen, weil durch die O-förmige Verbiegung des Oberschenkelknochens der Musculus rectus femoris zu lang geworden ist, um den Unterschenkel nach vorn holen zu können.

Der Kranke hebt zum Ausgleich die Hüftseite des zum Gehen vorschwingenden Beines und knickt den Rumpf nach der entgegengesetzten Seite ein, um das Gleichgewicht zu halten. Dies geschieht in rhythmischer Abwechselung und in typischer Abwickelung.

Es gibt also einen Typus des Watschelganges, wie es einen Typus des normalen Ganges gibt. Verfasser setzt sich mit seiner Theorie in bewußten Gegensatz zu Debrunner, der annimmt, daß das ruckartige Hinüber- und Herüberwerfen des Rumpfes geschehe, um sein Abrutschen auf der schräggestellten Beckenebene zu vermeiden, wobei nicht nur das Vorhandensein einer Coxa vara verlangt wird, sondern auch die O-förmige Verbiegung der Beine, die Plattfußstellung der Füße unter gleichzeitiger Innenrotation des ganzen Beines und das Abwickeln des Fußes über den Großzehenballen. Die Untersuchungen des Verfassers ergaben als Grund des Watschelns überhaupt die Coxa vara-Stellung des Schenkelhalses mit Insuffizienz des Musculus glutaeus medius, Insuffizienz des Musculus rectus femoris mit Bewegungsbeschränkung des Kniegelenkes und vermehrte Innenrotation durch Insuffizienz des Musculus glutaeus medius sowie Aenderung der Länge des Musculus piriformis. Die Hüftgelenkkapsel mit ihren Verstärkungsbändern erleidet keine Veränderung, die als Ursache für das Krankheitsbild anzusprechen wäre.

Die Behandlung kann nur auf operativem Wege geschehen. Die schräge Osteotomie auch der Oberschenkel beseitigt die in der Veränderung der Gestalt des Knochens gelegenen anatomischen Ursachen. Von der Dauer des Krankheitszustandes hängt es weiter ab, ob die insuffizienten Muskeln sich den neuen Verhältnissen wieder anzupassen vermögen. Hierfür dürfte die Nachbehandlung mit Elektrizität, Massage und Heilgymnastik von gutem Erfolge sein.

Hirsch.

V. Technische Fortschritte.

Ein neuer Zinkleimverband wurde der Th. Goldschmidt A.-G. in Essen unter Nr. 302 072 patentiert.

In der medizinischen Praxis werden in vielen Fällen Zinkleimverbände verwendet, indem man die erkrankten Stellen mit Mullbinden verbindet und diese mit Zinkleim tränkt. Dieser Zinkleim wird in der Weise hergestellt, daß man Gelatine in kaltem Wasser aufweicht und dann im Wasserbade mit Zinkweiß und Glyzerin erhitzt unter Innehaltung folgender Mischungsverhältnisse: etwa 100 g Zinkweiß, 200 g Gelatine, 300 g Wasser und 400 g Glyzerin. Da Glyzerin aber ziemlich kostspielig und bisweilen gar nicht zu erhalten ist, so wurde nach einem anderen, gleichwertigen, nicht teuren, aber stets und leicht erhältlichen Stoffe gesucht.

Es fand sich, daß man einen mindestens gleichwertigen Verbandleim unter Verwendung von Glykol (Aethylenglykol) herstellen kann. Anstatt 400 g Glyzerin braucht man, um einen gleich guten Verband zu erzielen, nur 150 g Glykol.

Hierdurch wird einmal die Herstellung eines solchen Zinkleimverbandes wesentlich verbilligt, weiter aber hat der Verband selbst verschiedene Vorteile; vor allem erhärtet er gleichmäßiger, übt keinen schmerzhaften Druck aus und sichert vollkommen die gewünschte Lagerung oder Abschließung des verbundenen Körperteiles.

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Wie in der vorigen Nummer berichtet, traten am 31. Mai d. J. in Berlin Vertreter der großen Krankenkassenverbände und der Aerzte zu einer Einigungsverhandlung zusammen. Die Verhandlungen wurden am 1. Juni d. J. zu Ende geführt. Den Vorsitz führte der frühere Direktor im Reichsamt des Innern, Unterstaatssekretär Dr. Caspar, Beisitzer waren die Ministerialräte Dr. Sitzler (Arbeitsministerium) und Dr. med. Hamel (Reichsministerium des Innern). Es waren vertreten: der Hauptverband der deutschen Ortskrankenkassen, der Gesamtverband der deutschen Ortskrankenkassen, der Betriebskrankenkassenverband, der Landkrankenkassenverband und der Innungskrankenkassenverband durch Lehmann (Dresden), Meyer (Essen), Justizrat Wandel (Essen), Unger und Frasdorf. Als Vertreter der Aerzte waren erschienen: Dippe (Deutscher Aerztevereinsbund), Hartmann (Leipziger Verband), Scholl (München), Bongartz (Karlsruhe), Fett (Friedland in Ostpreußen) als Vertreter der Landärzte. Ueber das Ergebnis der Verhandlungen wurde ein halbamtlicher Bericht bekanntgegeben. Danach kam in der Frage des Arztsystems eine Verständigung der Parteien zustande, die eine wesentliche Annäherung an die Durchführung der freien Arztwahl bedeutet. Ebenso wurde ein Einvernehmen über die Schaffung von sozial-hygienischen Einrichtungen durch Krankenkassen erzielt. Ueber die Frage der ärztlichen Vergütung mußte mangels einer Einigung der Parteien ein Schiedsspruch der Unparteiischen gefällt werden. Dieser sieht bei Bezahlung nach einzelnen Leistungen eine Verdoppelung der bisherigen Sätze vor, die auch der Bemessung der Pauschalvergütung zugrunde gelegt werden soll. Ueber die Annahme des Schiedsspruchs haben sich die Parteien bis zum 15. Juni d. J. zu erklären.

Inzwischen wurden auch die Verhandlungen zwischen dem Groß-Berliner Aerztebund und dem Verband der Berliner Krankenkassen über die Neugestaltung der Berliner kassenärztlichen Verhältnisse weitergeführt. Die Vertreter der Krankenkassen haben der Einführung der organisierten freien Arztwahl grundsätzlich zugestimmt. Die weiteren Verhandlungen drehen sich um die Honorarfrage; in dieser Hinsicht wurde ärztlicherseits vorgeschlagen, eine bestimmte Quote der Kasseneinnahmen bzw. einen bestimmten Teil der Grundlöhne als Bezahlung der Kassenärzte zu verwenden. Die Verhandlungen hierüber sind noch nicht zum Abschluß gelangt; es besteht jedoch Aussicht, daß bis zu Mitte Juni auch über diese Frage eine Einigung erzielt sein wird.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Ludwig Warnekros, der früher eine Abteilung am Berliner zahnärztlichen Institut leitete, starb im Alter von 63 Jahren.

Leipzig. Der Ordinarius für Psychiatrie, Professor Flechsig, feierte am 23. Mai d. J. sein goldenes Doktorjubiläum. — Prof. E. Marx erhielt den neuen planmäßigen Lehrstuhl für Radiophysik. — Der Vorsitzende des Leipziger Verbandes Sanitätsrat Dr. Hartmann wurde in den Reichswirtschaftsrat berufen.

Rostock. Prof. Dr. Werner Hueck, erster Assistent am Münchener pathologischen Institut, erhielt einen Ruf als ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie an der hiesigen Hochschule (als Nachfolger des vor einigen Monaten gelegentlich der politischen Unruhen erschossenen Prof. Ernst Schwalbe).

Freiburg i. Br. Der ordentliche Professor der pathologischen Anatomie Dr. Ludwig Aschoff hat eine Berufung nach Wien abgelehnt.

Wien. Der ordentliche Professor der pathologischen Anatomie Dr. Richard Kretz ist gestorben.

VII. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die Meningokokken- (Genickstarre-) Sera mit den Kontrollnummern 26 bis 37 einschließlich, geschrieben: „Sechsundzwanzig bis siebenunddreißig", aus den Höchster Farbwerken in Höchst a. Main, 13 bis 17 einschließlich, geschrieben: „Dreizehn bis siebzehn", aus der chemischen Fabrik E. Merck in Darmstadt, sind vom 1. April d. J. ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 23. April 1920.

Der Polizeipräsident. I. A.: Dr. Schlegtendal.

Bekanntmachung.

Die Tetanus-Sera mit den Kontrollnummern 1010 bis 1053, einschließlich, geschrieben: „Eintausendzehn bis eintausenddreiundfünfzig", aus den Höchster Farbwerken in Höchst am Main; 571 bis 655 einschließlich, geschrieben: „Fünfhunderteinundsiebzig bis sechshundertfünfundfünfzig", aus den Behringwerken in Marburg (Lahn); 90 bis 115 einschließlich, geschrieben: „Neunzig bis einhundertfünfzehn", aus dem Sächsischen Serumwerk in Dresden; 1, geschrieben: „Eins", aus dem Pharmazeutischen Institut L. W. Gans in Oberursel, sind wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer vom 1. April d. J. ab zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 23. April 1920.

Der Polizeipräsident. I. A.: Dr. Schlegtendal.

Nachdem unser Verlag seit Kriegsausbruch davon Abstand genommen hatte, den Bezugspreis für unsere Wochenschrift zu erhöhen, sieht er sich nunmehr doch gezwungen, in Anbetracht der neuerdings sprunghaft steigenden Teuerung der Herstellungskosten (die Druckerpreise sind um ca. 1000 %, die Papierpreise um ca. 2000 % gestiegen) den Bezugspreis ab 1. Juli d. J. auf M. 6.— vierteljährlich zu erhöhen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

39. Jahrgang | Berlin, 19. Juni 1920 | No. 25

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

89. Jahrgang Berlin, 19. Juni 1920 No. 25

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Rolle der See beim Wiederaufbau der Volksgesundheit.

Von Dr. **Häberlin**-Wyk auf Föhr.

In den Jahresberichten vieler Kinderheime und Kinderheilstätten finden wir immer wieder die stehende Notiz: Die Kinder haben soundsoviel an Gewicht zugenommen, kehrten mit gesund gebräunten Wangen und blitzenden Augen in ihre Heimat zurück. Sie werden mir zugeben, daß dies sehr hübsch klingt, aber nicht recht befriedigen kann, wenn man wissen will, was denn nun eigentlich im Organismus der Kinder vor sich gegangen ist.

Ich habe mich bemüht, mit den bescheidenen Mitteln, die dem praktischen Arzt zur Verfügung stehen, etwas Genaueres zu eruieren, und 5—6000 Kinder systematisch untersucht. Ich fand dabei, daß z. B. der Brustumfang bei der Einatmung im Durchschnitt um 1,8 cm zunimmt, bei der Ausatmung um ca. ½ cm abnimmt, d. h. also, daß sowohl die Ein- wie die Ausatmung erheblich vertieft wird. Ich mache besonders auf das letztere aufmerksam, da es nicht von etwa zunehmendem Fettpolster herrühren kann, im Gegenteil dadurch zum Teil kompensiert werden würde. Ich konnte in einzelnen Fällen eine Zunahme des respiratorischen Spielraums, der bei meinen Kindern durchschnittlich 5 cm betrug, auf 10—12 cm feststellen. Welche enormen Stoffwechseländerungen hinter diesen Werten stecken, brauche ich Ihnen nicht auseinanderzusetzen.

Ich fand ferner, daß die Muskelkraft an Hand und Vorderarm, mit dem Collin'schen Dynamometer gemessen, durchschnittlich um 10 kg zunahm. Auch daraus dürfen wir eine nicht ganz oberflächliche Besserung der Konstitution entnehmen.

Weiter ergab sich, daß der Blutfarbstoff und Bluteisengehalt um 10 bzw. 8 % zunahm.

Die roten Blutkörperchen hatten um durchschnittlich ½ Million zugenommen.

Das Gewicht stieg um ca. 8 % in ca. 6 Wochen, was etwa das Achtfache des normalen Aufstiegs bedeutet.

Auch das Längenwachstum zeigte sich in meßbarer Weise gesteigert.

Nachuntersuchungen ergaben mir dann an vielen Hunderten von Kindern, daß das Errungene nicht alsbald nach der Rückkehr in die Heimat verschwand, sondern noch 1 und 2 Jahre nach dem Seeaufenthalt als Gewinn sich nachweisen ließ.[1]

Sie werden mir nachfühlen, daß ich immerhin befriedigt war über die gewonnenen Werte, die, wenn sie auch an sich nur Aeußerlichkeiten betreffen, doch einen guten Schluß auf feine innere Vorgänge gestatten.

Dies ist es nun aber keineswegs, was ich Ihnen vorzutragen beabsichtige. Die Umschau in der Literatur zeigte mir, daß in allen Arten von Kinderheimen, Ferienkolonien auf dem platten Lande, im Walde, an Binnenseen, in mittleren und höheren Gebirgslagen genau dieselben Beobachtungen gemacht wurden: die Muskelkraft stieg an, der Brustspielraum nahm zu, Blutfarbstoff und Blutkörperchen vermehrten sich, Gewicht und Längenwachstum ebenso in einem die normale Zunahme überschreitenden Maße.[2]

Diese Feststellung hat mich begreiflicherweise überrascht, damit war alles, was ich als spezifische Wirkung eines Seeaufenthalts hatte geglaubt hinstellen zu können, über den Haufen geworfen.

Nun machte ich im Kriege eine merkwürdige Beobachtung in einer Kinderheilstätte an der See, die mit Ernährungsschwierigkeiten zu kämpfen hatte; es zeigte sich, daß die Gewichtszunahme der Kinder stark zu wünschen übrig ließ. Die gewohnte übernormale Zunahme wurde fast in keinem Falle beobachtet. Ja, es zeigte sich statt des normalen Fortschreitens ein Rückgang, und zwar in 60 % der Fälle. Aber merkwürdigerweise ergab sich, daß bei einer Anzahl von Kindern die gewohnte übernormale Zunahme eingetreten war, ohne besondere Zulage in der Diät, und zwar waren dies allermeist Kinder, die recht tiefgreifende Erkrankungen, besonders Drüsen- und Knocheneiterungen hatten.

Eine weitere Ueberlegung läßt aber dies Phänomen erklärlich erscheinen. Wir wissen längst, daß solche Patienten z. B. mit chronischen Fieberzuständen nach kurzer Zeit an der See aufhören zu fiebern, daß also der Körper im Kampf mit der Krankheit außerordentlich entlastet ist. Von einer solchen Entlastung bis zur übernormalen Gewichtsvermehrung auch bei ungenügendem Angebot ist aber kein allzu weiter Schritt.

Dem Fachmann fällt hier ganz von selbst das immer wiederholte Mahnwort des leider verstorbenen Geheimrats A. Ewald, des Mitbegründers der Seehospize in Deutschland ein, „daß die Seehospize für andere als die eben genannten Krankheiten zu schade seien". — Von den zahlreichen Seehospizen aber (4000 Betten) ist nur die Nordheimstiftung in Sahlenburg mit 160 Betten und ein Adnex des allgemeinen Schöneberger Seehospizes auf Föhr mit 30 Betten für Knochentuberkulose eingerichtet. (Es bedarf kaum der Erwähnung, daß es nicht angängig ist, in ein allgemeines Seehospiz, das keine besonderen Vorrichtungen an Material und Personal besitzt, solche Kranke aufzunehmen.)[2a] So konnte es kommen, daß Karewski (Thalassotherapie-Kongreß 1911) es beklagte, „daß es ihm und Baginsky nicht gelungen sei, Knochentuberkulöse in Seehospize zu bringen, nicht weil die Kommunen sie nicht sandten, sondern weil sie die Seehospize nicht annahmen".

[1]) Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege 1914. — Arch. f. soziale Hygiene u. Demographie 1918. — Veröffentl. aus d. Gebiete d. Medizinalverwaltung Berlin 1912 u. a. a. O.

[2]) Vgl. besonders die Berichte französischer und schweizerischer Ferienkolonien Delpérier, Desdouity u. viele andere.

[2a]) Vgl. z. B. Lennhoff, Ztschr. Baln. 1910.

Im Jahre 1918 hielt Salge[2b]) in Straßburg einen bemerkenswerten Vortrag über die neuen Aufgaben bei der Fürsorge für tuberkulöse Kinder, deren Anzahl, was insbesondere die offene Tuberkulose betrifft, ganz außerordentlich zugenommen hat.[3]) Er betonte, daß das erste und wichtigste eine sorgfältige Auswahl für die einzelnen Heilstätten sei und daß es ihm oft Entsetzen erregt habe, welche Kinder in Hospize entsandt wurden: „Wenn wir bloß das Geld noch hätten, was da umsonst ausgegeben wurde!"

Meine Herren, jeder von Ihnen, der die Verhältnisse kennt, wird Salge hier voll und ganz beistimmen, auch darin, daß zur Entsendung in einzelne Heilstätten eine einmalige Untersuchung nur Anhaltspunkte von relativ geringem Wert liefern könne.

Diese Klage, daß im Gegensatz zu der vorbildlichen Organisation der Erwachsenen-Fürsorge die Kinder-Fürsorge sehr mannigfaltig und verschiedenartig und daher sehr unökonomisch sei, ist allgemein. (Baginsky, Tugendreich, Rabnow[4]), Abel[5]) und viele andere[6]).) Zu fordern ist: Organisation unter staatlicher oder städtischer Führung, der sich auch die im übrigen nicht zu entbehrenden privaten Veranstaltungen anzugliedern haben. Es ist zu hoffen, daß dies nun in Bälde erreicht wird; am 20. 2. erfolgte in der preußischen Landesversammlung ein Antrag Dr. Friedbergs auf reichsgesetzliche Regelung der Tuberkulosenbekämpfung. Schloßmann hat ihn begründet. Ministerialdirektor Gottstein teilte mit, daß ein entsprechender Entwurf im Reichsamt des Innern schon fertiggestellt sei. Da nun die Kinderfürsorge zum großen Teil Tuberkulosenfürsorge ist, würde diese so gut wie ganz der gesetzlichen Regelung teilhaftig. In dieser Organisation, die die Kinder vom Säuglingsalter an im Auge behält, findet eine Aussonderung statt, die die jeweiligen Heilmaßnahmen feststellt. So selbstverständlich das klingt, so dringlich ist es zu betonen, daß es ganz unmöglich ist, nach einer einmaligen Untersuchung festzustellen, welche Maßnahmen für ein Kind nötig sind. (Ja, selbst diese einmalige Untersuchung findet mitunter mit einer kaum zu überbietenden Leichtigkeit statt. Jeder Sachkundige wird mir beistimmen, daß Salge mit seiner obigen diesbezüglichen Kritik einen äußerst wunden Punkt berührt hat.) Wenn diese Organisation wirken soll, so muß eine Klassifizierung der vorhandenen Heilmittel mit spezieller Indikationsstellung erstrebt werden. In manchen Fällen mag dies nicht leicht sein, andere Faktoren aber haben eine sehr deutliche Eigenart; so gibt es für die Bekämpfung mancher Volksseuchen und Dyskrasien gewisse Klimata, die eine besondere, sonst nicht zu ersetzende Wirkung haben. Zu diesen gehören das Höhen- und das Seeklima. Für Deutschland kommt fast nur das letztere in Betracht.

Schon lange, ehe die Allgemeinbehandlung der Knochentuberkulose mit Sonnenbestrahlung im Hochgebirge (gewöhnlich nicht ganz zutreffend Heliotherapie genannt; Bernhard und Rollier — erster Beginn 1902/03 —) die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich zog, wurden in zahlreichen europäischen Ländern viele Zehntausende von Knochen- und Drüsentuberkulosen mit Seekur behandelt. (In England schon um 1800, in Italien und Frankreich ca. 1850.) Heilungsprozente sehr gut.

In früheren Jahren war es Berck-sur-Mer, das wie heute Leysin das Mekka derer darstellte, die sich mit Knochentuberkulose befaßten, und welche, erfüllt von dem dort Gesehenen, in ihre Heimat zurückkehrten. Ich erinnere z. B. an den Bericht von Joachimsthal in der Berliner Mediz. Gesellschaft 1911; in der Tat sind die Eindrücke von Berck unvergeßlich, Hunderte von Wirbelentzündungen, Hüftgelenkentzündungen in allen Graden und Stadien. Ueber die Erfolge bestehen längst ausgedehnte Statistiken. Armaingaud und Despine haben 1905 50000 Fälle veröffentlicht, von mir sind etwa 25000 Fälle zusammengetragen, desgleichen von Monti (Wien), Schepelern (Refsnaes) und vielen andern.[7]) Merkwürdigerweise scheinen diese Statistiken in Deutschland wenig bekannt geworden zu sein. — Auf die Anregung durch Berck geht auch die Gründung des ersten deutschen Seehospitals für Knochentuberkulose, der hochherzigen Stiftung von Markus Nordheim in Sahlenburg, zurück.

Die Thalassotherapie der Knochentuberkulose hat schon recht früh von Besonnung Gebrauch gemacht, z. B. berichteten Vidal-Hyères und Révillet-Cannes schon 1904 darüber.[8])

Hierzu vergleiche man den noch in frischer Erinnerung stehenden Physiotherapiekongreß in Berlin 1913, auf dem die Vertreter der Thalassotherapie ihre Erfahrungen über Knochentuberkulose mitteilten. Ménard, der Leiter des 1000 Betten zählenden Hospital maritime in Berck bemerkt: Lüftung und Besonnung, welche er nach einem Besuch in Leysin eingeführt, seien ein großer Fortschritt, daß er heute alle Fälle von Coxitis, Gonitis, Spondylitis und Drüseneiterung heile, wenn lange genug in Berck in Behandlung. Vgl. Treplin, Mediz. Klinik 1914, Nr. 18, und Hayech (Mailand), Riv. Osped. 1914. Kausch (Berl. Tagebl., 3. Nov. 1918: „Die Fälle chirurgischer Tuberkulose schicken wir heute entweder ins Hochgebirge oder an die Nordsee. Es ist ein Irrtum zu glauben, die Kur an der See sei nur im Sommer möglich.")

Hier ist der Ort zu sagen, daß seit Menschenaltern sowohl an der Aermelkanalküste wie in skandinavischen Ländern, z. B. in dem hochnördlich gelegenen Fredricksvaern der Winter als trefflich geeignet erprobt ist. In Berck gilt das geflügelte Wort: „Un hiver vaut bien deux étés."

Bernhard (Neue D. Chirurgie, Band 23, 1917) und Rollier (Hélioth. d. Tub. 1913) sprechen deutlich aus, daß der Seeküste durch ihre besondere Lichtintensität und Reichtum an chemischen Strahlen für reine Sonnentherapie ein großer Vorzug zukomme, daß sie auch an der Nordsee, besonders für Kinder, sehr günstig wirke. „Die Wahl zwischen See und Höhe sei viel schwieriger als zwischen Höhe und Ebene, welch letzterer die Reinheit der Luft und die dem See- und Höhenklima eigenen stärkenden Heilfaktoren fehlen, so daß es dahingestellt sein müsse, ob es lohne, in der Ebene Anstalten für eine systematische, alleinstehende Sonnenkur einzurichten, denn es dürfe nicht vergessen werden, daß es nicht nur die heilbringende Wirkung der Sonnenstrahlen sei, der man die schönen Erfolge zu verdanken hat."

Hier muß hingewiesen werden auf das treffliche Referat von Robin[9]) über Biologie der Heliotherapie auf dem Internationalen Thalassotherapie-Kongreß in Cannes 1914. Er kommt zu dem Schluß: „Die Heliotherapie an der Seeküste ist die beste therapeutische Applikation der Sonne für den menschlichen Organismus, denn sie setzt uns in den Stand, die Seekur mit der Sonnenkur zu verbinden; da diese beiden Behandlungsarten ungefähr die gleichen biologischen Eigenschaften haben, addieren sich ihre heilenden Effekte. Die Sonne an der See ist sehr reich an chemischen Strahlen, denn zur direkten Bestrahlung gesellt sich das diffuse Licht, das vom Wasser und Sande reichlichst reflektiert wird. Es besitzt auch in beträchtlichem Maße Wärme und Lichtstrahlen." Ich zitiere hier Robin besonders, da für Frankreich Leysin oder ähnlich günstig situierte Gebirgsorte erheblich näher liegen als für uns.

Ob nun der Höhe oder der See die größere Wirksamkeit zukommt, jedenfalls ist es aufs freudigste zu begrüßen, daß die von der Höhenbehandlung ausgehende Bewegung nunmehr die längst von vielen Seiten, z. B. von mir in dieser Gesellschaft 1909, erhobene Forderung in die Tat umzusetzen beginnt: Was der Lungentuberkulose recht, ist der Knochentuberkulose billig: Eigne Heilstätten in klimatisch besonders bevorzugten Gegenden. Daß auch binnenländische Kurorte für solche Heilstätten ausgezeichnet geeignet sind, zeigen die Erfolge von Hohenlychen, wo Bier und Kisch hervorragende Heilungen erzielen.

Es ist aber wohl von der Mehrzahl der Spezialtherapeuten anerkannt, daß Sonderklimata wie See und Hochgebirge Vorzüge vor dem Binnenland besitzen.[10]) Bei so schweren Erkrankungen wie Coxitis und Spondylitis wird man gern alle Chancen ausnützen.

Für die See steht die Anregung des Gesamtstoffwechsels bei Erwachsenen durch die Untersuchungen von Loewy, Müller, Cronheim und Bornstein in Sylt fest. Häberlin und F. Müller in Wyk fanden bei Kindern einen Netto-Umsatz von 2700 Kalorien pro qm gegen 1445 Kalorien in der Heimat und 1500 Kalorien in einer Walderholungsstätte in der Nähe der Großstadt. Die Untersuchungen von E. Müller und F. Müller in Norderney an Kindern ergaben den Eiweißansatz absolut und prozentig besser, ebenso die Schwefel-, Phosphor- und Kalkretention; „die Kinder haben in Norderney Muskel- und Knochensubstanz angesetzt. Sie sind fettärmer, vielleicht wasserärmer und länger geworden."

Es hieße also, sich eines vorhandenen, anerkannten Hilfs-

2b) Straßburger medizin. Zeitung, XV, 1.

3) Bielefeld (Verh. d. Z. K. z. Bek. d. Tub. 1919): In den Hansestädten mußten wir die Plätze für Kinder um das Vier- bis Fünffache erhöhen und genügten damit noch nicht annähernd.

4) Zur Tub.-Bekämpfung, 1918, Verhandlungen d. Zentralkomitees.

5) Der Wiederaufbau der Volkskraft nach dem Kriege. Jena 1918.

6) Concordia 1913, No. 9.

7) Diesbezügliche Literatur s. Häberlin, Seehospize, Leipzig, Klinkhardt, 1911 S. 67 ff. u. 111 ff. und Karewski, Thalassotherapiekongreß Kolberg 1911.

8) Klimatotherapiekongreß Cannes 1904.

9) Robin ist für Frankreich in Klimato-Physiologie dasselbe wie Zuntz für Deutschland.

10) Vulpius gründete seine Heilstätte im Soolbad Rappenau. — Bier rühmt das Klima der Mark als eins der besten in der Welt. Schon wegen Geldmangels ist es nicht möglich, alle Knochentuberkulösen an die See oder ins Gebirge zu senden. (Kisch.) — Rabnow (Verh. d. Z. K. z. Bek. d. Tub. 1919) will gewisse Küsten reserviert sehen für gemeinnützige Anstalten zur Unterbringung von Knochentuberkulösen. — Hoffa (Hyg. Rundschau 1903): „Der Aufenthalt an der See ist segensreich. Berck z. B. gibt 80% Heilungen. Aber es gibt keine Möglichkeit, alle Kinder an die See zu bringen."

mittels nicht bedienen, wenn man bei der jetzt in Gang kommenden Gründung von Anstalten für Knochentuberkulose nicht in erster Linie an das Seeklima denken wollte.[11])

Die Befürchtung, die Strauß[12]) auf Grund eigener und fremder Beobachtungen ausspricht, bei Unterernährten wirkt Strahlen-(Sonnen-)therapie nicht, trifft für die Thalassotherapie nicht zu: ich erinnere an Houzels Worte (Thalassotherapie-Kongreß 1895) und Pierre's (Thalassoth.-Kongr. 1903), daß eine lange Erfahrung ihnen gezeigt, daß bei den Armen die glücklichen Wirkungen der Seekur sich schneller und vollständiger einstellen als bei den Reichen. Auch ich habe dieselbe Beobachtung gemacht. In die gleiche Kategorie fällt übrigens die überall gemachte Beobachtung, daß die Gewichtszunahme in Ferienkolonien um so stärker ist, je ungünstiger der Ernährungszustand vorher war. Ich habe an je 700—800 Kindern gefunden, daß hier in Wyk arme Kinder um 9,3, die reichen um 6,7 % zunahmen.[13])

An den Seeküsten brauchen wir keineswegs neue Einrichtungen zu schaffen, sondern wir können die zahlreich vorhandenen Seehospize dazu benutzen (4000 Betten), wie auch Bier für die in der Ebene in Angriff zu nehmende Sonnenbehandlung die Benutzung vorhandener Einrichtungen rät. Daher ist zu fordern: Einrichtung möglichst vieler der schon bestehenden Seehospize für Knochen- und Drüsentuberkulose, auch schweren Grades, soweit sie nicht schon dafür eingerichtet sind. Es versteht sich von selbst, daß nicht jedes beliebige Haus ohne weiteres zur Aufnahme solcher Patienten geeignet ist. Luftige, stark belichtete Schlafräume, ausgedehnte Veranden, entsprechende Verband- und Baderäume, ausgedehnter Strand usw. Selbstverständlich ist auch, daß eine Mischung von schweren und mittelschweren, ja selbst leichten Knochentuberkulosen mit erholungsbedürftigen und anämischen Kindern nicht angängig ist.

Außer dem Material ist aber besonders das Personal von Wichtigkeit. Darüber müssen wir uns klar sein: wenn auch eine operationslose Behandlung stattfindet, so bedeutet das alles andere eher, als daß therapeutisch nichts getan werden soll, „il faut infiniment plus d'habileté et de savoir pour guérir une coxalgie sans opération." (Calot). Sorgfältige allgemeine und lokale Behandlung ist unerläßlich. Wie Bier sehr richtig sagt, gerade die allereinfachsten Dinge werden am wenigsten richtig gemacht: Unterbringung (vgl. Dosquets und Bernhards Vorschläge über Bauart), Lagerung, allgemeine Hygiene, Ernährung, Medikamente, Verbände, Punktionen, allgemeine und lokale Besonnung, Stauung, spezifische Therapie, Technik der Besonnung (vgl. Rollier, l. c.), Luftbäder usw., aufmerksame Abstufung der Kurmaßnahmen, strenge Individualisierung.[14]) Das bezieht sich nicht nur auf die Schwestern, sondern auch auf den Arzt, und Bier hat vollkommen recht, wenn er den Chirurgen die Behandlung der Knochentuberkulose gewahrt wissen will, auch wenn absolut konservativ vorgegangen wird. Ich glaube, daß dies auch vor einem nichtchirurgischen Auditorium nicht begründet zu werden braucht. Daran sollte die Ausnützung der Seeküsten nicht scheitern können. Wenn Hohenlychen von Berlin aus ärztlich bedient wird, so sollte dasselbe von Hamburg, Bremen oder Kiel, Greifswald, Rostock oder Königsberg für die See geschehen können, wo nicht wie in Sahlenburg Fachchirurgen am Ort selbst wohnen. „Das ganze ist weniger eine Sache verwickelter ärztlicher Kunst als eine Sache der Organisation. Ist der Karren erst einmal im Gange, so läuft er mit verhältnismäßig geringem Aufwand von ärztlicher Arbeit weiter." (Bier l. c.) Zu beachten: Die Kranken sollen möglichst früh gesandt werden, nicht erst, wenn alles andere schon umsonst versucht ist; um an einem versteiften Hüftgelenk eine jahrelang eiternde Fistel auszuheilen, dazu ist der Aufwand einer Seekur reichlich groß; aber zurzeit sind es meist solche alten Prozesse, die wir bekommen.

Für eine weitere Erkrankung ist in Frankreich, England, Italien, Dänemark u. a. die günstige Beeinflussung durch das Seeklima erwiesen, nämlich Rachitis, die mit ausgezeichnetem Erfolge geheilt wird.[15]) Auch für die Rachitis ist zurzeit ein verstärktes Auftreten in Deutschland erwiesen und darum der Moment gekommen, meiner früher schon oft ausgesprochenen Mahnung neuerdings Ausdruck zu geben, an der See Babystationen zu etablieren (vgl. auch Kirchberg, Kinderarzt 1911, Heft 12). Armaingaud nimmt in Arcachon Kinder unter 2 Jahren auf: „Les enfants arrivent dans des conditions lamentables, ils sont déformés au delà de tout ce qu'on peut supposer. Sous la seule influence de la climatothérapie et de la thalassothérapie ils se redressent d'une façon remarquable, sans aucun recours à des appareils."

Er gibt 72 % Heilungen und 25 % sehr gebessert, Berck gibt 100 % und Refsnaes 89 % Heilungen an.

Ich fürchte nicht, daß irgend jemand glauben wird, diese Ausführungen seien pro domo gemacht. Es soll damit weder der Höhenbehandlung, noch den suburbanen Anstalten, die schon durch ihre leichte Erreichbarkeit unentbehrlich sind, ihre vortrefflichen Erfolge streitig gemacht werden. Der spezifischen Therapie gar nicht zu gedenken, denn wie Wolff-Eisner schon früher in dieser Gesellschaft ausführte, ergänzen sich spezifische und klimatische Therapie, ohne sich auszuschließen.

Wenn es auch bisher nur in ganz vereinzelten Fällen gelungen ist, das von mir eben besprochene klimatische Hilfsmittel für die Spezialanstalten für Knochentuberkulose auszunützen, so lebe ich doch der unerschütterlichen Ueberzeugung, daß die hier noch ungehoben ruhenden unersetzlichen Schätze von Heilkraft sich in kurzem einen Ehrenplatz beim Wiederaufbau unserer Volksgesundheit sichern werden.

---

11) Man sollte nicht säumen, auch bei uns in der Ebene schleunigst und in ausgedehntem Maß die Sonnenbehandlung der Tuberkulose in Angriff zu nehmen (Bier, Tuberkulosis 1918).
12) Deutsche Mediz. Wochenschr. No. 2, 1920.
13) Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege Bd. 46.
14) Häberlin, Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1919, 32. Jahrg. Nr. 6.
15) Vgl. oben: an der See war Kalk- und Phosphor-Retention erhöht.

Dr. Oetkers „Urkraft", ein neues Nährpräparat.

Von Dr. **Gehrmann**, Berlin.

In Friedenszeiten hat man öfters die Frage erörtert, ob die sog. Nährpräparate überhaupt notwendig sind. Diese Frage wurde für den Gesunden im allgemeinen verneint, und auch bei den Kranken glaubte man in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Nährmittel entbehren zu können, da ja Eier, Milch, Sahne, Butter, Mehlsuppen usw. jederzeit in genügender Menge zur Verfügung waren. Durch den jetzt bestehenden Mangel an diesen Nahrungsmitteln, besonders an leichtverdaulichen eiweiß- und fettreichen Substanzen ist das Anwendungsgebiet der Nährpräparate nicht nur für den Kranken, sondern auch für einen großen Teil der Bevölkerung, besonders der Großstädte, die durch die Unterernährung zu leiden haben, ein weit größeres geworden. Nach Rubner erreichten die Opfer der deutschen Zivilbevölkerung an Toten als Folge der Blockade im dritten und vierten Kriegsjahre fast die blutigen Verluste des Heeres. In den ersten fünf Monaten des Waffenstillstandes starben mindestens weitere hunderttausend Menschen an Hunger. Auch jetzt haben sich diese traurigen Verhältnisse noch nicht wesentlich gebessert. Besonders bei akuten Erkrankungen, wie Grippe, Magen-Darmkatarrh usw., hat sich das Bedürfnis nach Nährpräparaten gesteigert, da in den meisten Fällen die früher erprobte Krankenkost nicht so schnell, wie es notwendig ist, und in so ausgiebigem Maße beschafft werden kann. So sind beispielsweise die zahlreichen Todesfälle bei Grippe nicht allein auf die allgemeine Unterernährung zurückzuführen, sondern sie finden ihre Ursache besonders darin, daß die Nahrungszufuhr nach Ausbruch der Krankheit unzureichend und unzweckmäßig war.

Die heute so zahlreichen Fälle von Erschöpfung, Unterernährung und verminderter Leistungsfähigkeit sind in erster Linie auf die mangelhafte Zufuhr von Eiweißstoffen zu den arbeitenden Gewebszellen des Körpers zurückzuführen. Die Verdauungsorgane haben durch die Kriegskost (Kohlrüben, Kriegsbrot usw.), arg gelitten. Vielfach ist infolgedessen auch die beste Nahrung nicht imstande, der Erschöpfung entgegenzuarbeiten. Es muß deshalb die zugeführte Nahrung nicht nur an und für sich, sondern auch für die betreffenden Menschen eine verwertbare und verdauliche sein, weil auch sonst wiederum das Eiweiß nicht in genügender Menge und Zeit zu den Körpergeweben gelangen kann. Dabei nehmen die Anforderungen, die an den Einzelnen heute gestellt werden, stetig zu. Durch körperliche Ueberbürdung oder geistige Ueberanstrengung kommt es nicht selten zu einem Mißverhältnis zwischen Verbrauch und Aufbau des Körpers an Nervenkraft. Daß auf diesen Ernährungsmangel zahlreiche Krankheiten zurückgeführt werden müssen, ist allgemein bekannt.

Aus der beträchtlichen Zahl der angepriesenen Nährmittel kommen nur solche in Frage, die bestimmte, erforderliche Nährstoffe in leichtverdaulicher Form enthalten und welche durch ihren Wohlgeschmack und ihre Zuträglichkeit geeignet sind, die durch die Krankheit und Unterernährung in ihrer Tätigkeit herabgesetzten Verdauungsorgane zu entlasten und zu schonen.

Ein Nährpräparat, welches allen diesen Anforderungen entspricht, ist Dr. Oetkers Eiweißnahrung „Urkraft". Es ist ein feines weißes Pulver, das sich besonders durch seine leichte Verdaulichkeit auszeichnet. Nach den neuesten Untersuchungen von Dr. Aufrecht, Berlin, ergab die Analyse u. a. folgenden Befund:

Wasser	ca. 8 %
Stickstoffsubstanz	ca. 66 %
Kohlehydrate	ca. 16 %
glyzerinphosphorsaures Calcium	ca. 8 %

Besonders hervorzuheben ist der hohe Gehalt an leicht verdaulichen Eiweißstoffen. Das Mittel wurde ausnahmslos gern genommen. Die Tagesmenge betrug drei bis vier Teelöffel.

Ich habe „Urkraft" in einer Reihe von Fällen, bei Unterernährten und Rekonvaleszenten mit gutem Erfolge angewendet. Es hat sich als ein für jedes Lebensalter geeignetes gutes Nährmittel erwiesen und verdient, von den Kollegen besonders beachtet zu werden. Auf die einzelnen Fälle näher einzugehen, behalte ich mir für später vor.

II. Referate.

Prof. Dr. **Ed. Stadler** (Plauen): **Zur Erkennung und Behandlung der syphilitischen Aortenerkrankung.** (Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten, 1920, April.)

Verfasser macht auf die außerordentliche Häufigkeit der syphilitischen Aortenerkrankung aufmerksam. Wenn sich neuralgische und rheumatische Beschwerden in den Schultern, bald stärkeres, bald schwächeres Druckgefühl unter dem Brustbein; geringe Atemnot bei Anstrengungen und nach seelischen Erregungen bei früher gesunden und kräftigen Leuten im Alter von 40 bis 55 Jahren zeigt, dann soll man in erster Linie an eine syphilitische Erkrankung der Aorta denken. Die anamnestische Angabe des Fehlens einer Syphilis ist nicht hoch zu bewerten; entscheidend ist die Blutuntersuchung nach Wassermann und Sachs-Georgi. Für die klinische Diagnose ist im Anfangsstadium ein Klingen und Betonen des zweiten Aortentons sehr wichtig. Für die Behandlung ist die rechtzeitige Einleitung einer Salvarsankur zu empfehlen. Aber auch bei der viszeralen Spätlues kann man mit großen Dosen Salvarsan gute Erfolge erzielen, wobei gleichzeitig Jod und Quecksilber gegeben werden können. Allerdings muß sich die Salvarsanbehandlung über eine lange Zeit hinaus erstrecken. Verf. behandelt alle Fälle von Syphilis mit Neosalvarsan und läßt zwischen den Salvarsanperioden Jod nehmen. Als Anfangsdosis gibt er 0,15 g, als zweite Dosis nach 8 Tagen 0,3 g, und dann wöchentlich 0,45 g Neosalvarsan; wenn keine Störung eintritt, möglichst bis zu 5—6 g insgesamt in einer Periode. Diese Kur muß möglichst alle halbe Jahr wiederholt werden. Hh.

Dr. **Theodor Zlocisti** (Berlin): **Fleckfiebertherapie.** (Therapeutische Monatshefte, Dezember 1919.)

Z. hatte als Chefarzt eines großen Lazaretts in Konstantinopel während des Krieges Gelegenheit, eine sehr große Zahl von Flecktyphuskranken zu behandeln und alle möglichen Behandlungsmethoden zu versuchen. Er gibt hier eine zusammenfassende Darstellung der dabei gemachten Erfahrungen. Chinin versagte völlig. Optochin schaffte im allgemeinen Milderungen des exanthematischen Prozesses, beeinflußte besonders die bronchitischen und bronchopneumonischen Begleiterscheinungen günstig, wirkte aber nicht spezifisch. Vollständig versagte Salvarsan. Versuche mit einer auf die Weil-Felix'sche Reaktion gegründeten Vakzinetherapie verliefen negativ. Auch Nukleohexyl, eine Kombination von Nukleinsäure und Hexamethylentetramin, bewährte sich nicht. Ebensowenig hat bisher die Serumtherapie in verschiedener Anwendung genützt. Das gleiche gilt von der intravenösen Behandlung mit kolloidalen Silberlösungen, die Z. in einigen Fällen versuchte. Bisher hat demnach die Serumtherapie ebenso wie die Chemotherapie beim Fleckfieber versagt. Wir sind nach wie vor angewiesen auf eine sorgfältige hygienisch-diätetische und medikamentöse Behandlung. Von großer Bedeutung ist bei Fleckfieberkranken die allgemeine Krankenpflege (Sorge für frische bewegte Luft, Körperpflege), ferner eine reichliche, leichtverdauliche Ernährung, Analeptika, wie Kaffee, Alkohol. In medikamentöser Hinsicht bewährte sich vor allem eine Beeinflussung des Kreislaufs durch frühzeitige Digitalistherapie, schon vor Ende der ersten Krankheitswoche (wenn nötig, intravenös). Dazu treten Adrenalin, Koffein, große wässerige Kampferlösungen, Infusionen von Kochsalz- oder Ringer'scher Lösung. Versuche mit kalten Bädern bewährten sich Z. nicht. Gegen die Delirien bewährte sich Hyoszin. Die Lumbalpunktion wirkte bei den zerebralen Symptomen nicht nachhaltig. In der Rekonvaleszenz ist protrahierte Bettruhe (14 Tage) wichtig. In dieser Periode ist eventuell Strychnin zu geben.

Prof. **Cassel** (Berlin): **Die Folgen der Unterernährung im allgemeinen bei Kindern.** (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1920, Nr. 8.)

Verfasser bespricht die verschiedenen Formen der Unterernährung unter besonderer Berücksichtigung der akzessorischen Nährstoffe. In der Ernährung des Kindes ist das Säuglingsalter von dem späteren Alter scharf getrennt, da bei dem ersteren die Milch als alleiniges Nahrungsmittel in Frage kommt. Puls und Atmung, Temperatur und Körpergewicht des unterernährten Säuglings, sowie sein Längenwachstum werden eingehend geschildert, ebenso daß die Unterernährung die Widerstandsfähigkeit der Individuen herabsetzt. Als wichtigste Ursache der Unterernährung für Säuglinge sieht er mit Haupt das Ueberwiegen der Kohlehydrate über das Eiweiß und die Fette, die Eintönigkeit der Kost, den Mangel an Reiz- und Würzstoffen sowie das Ueberhandnehmen der Verfälschungen an.

Bei erwachseneren unterernährten Kindern fällt vor allem das Nachlassen der Spannkraft in der Schule auf. Daß die Unterernährung die Rachitis verursacht, hält er für weniger wahrscheinlich, wohl aber die Spätrachitis, die als Folge der Kalkunterernährung anzusehen ist. Eine eingehende Schilderung der Bedeutung der Vitamine beansprucht allgemeines Interesse, ebenso der Hinweis auf eine durch Mangel an Fett in der Nahrung hervorgerufene, in Japan vielfach beobachtete Krankheit. Hh.

Dr. **Meinshausen** (Hamburg): **Meine Erfahrungen über das künstliche Oberschenkelbein mit willkürlicher Steuerung nach dem System von Dähne-Haschke.** (Münchener medizinische Wochenschrift, 1920, Nr. 18.)

Verfasser trägt selbst seit einem halben Jahre die Beinprothese nach dem System von Dähne-Haschke, mit der er außerordentlich zufrieden ist. Sie hat gegenüber den anderen Systemen drei Vorzüge. Erstens ist die Lage der Kniegelenkachse nicht rückwärts gelagert, sondern der Natur nachgeahmt, wodurch eine größere Standfestigkeit erzielt ist. Zweitens gewährleistet die Bandage nicht nur eine gute Befestigung am Körper, sondern ermöglicht auch die willkürliche Betätigung des Unterschenkels, und zwar nicht nur im Sinne seiner Streckung, sondern auch der Bremsung des Kniegelenkes. Als dritten Vorzug sieht Verfasser die Tatsache an, daß das Bein von oben bis unten aus Holz aufgebaut ist. Der Vorteil gegenüber dem Ledertrichter liegt seiner Ansicht nach darin, daß das Leder den Schweiß aufsaugt und festhält sowie den Ledertrichter durchweicht.

Die Nachteile, die das Dähne-Haschke'sche Bein zurzeit noch hat, nämlich durch die Veränderung des Stumpfes im Laufe der Zeit gegebene Notwendigkeit einer Aenderung des Oberschenkeltrichters, die Beschränkung der Beugung des Kniegelenkes nur bis zum rechten Winkel und gewisse Unbequemlichkeiten im Fußgelenk will die Deutsche Kunstgliedergesellschaft, Berlin-Schöneberg, Hauptstr. 5, die das Patent erworben hat, auf ein Minimum reduzieren. Hh.

Sanitätsrat Dr. **Laserstein** (Berlin): **Ueber die Grundsätze bei der Pessarbehandlung.** (Ztschr. für ärztl. Fortbildung 1920, Nr. 9.)

Pessarien dürfen nur angewandt werden, wenn der verlagerte Uterus wieder in seine richtige Lage gebracht ist. Sie kommen nur in Frage bei beweglicher Retroflexio uteri, bei Vorfall mit und ohne bewegliche Retroflexio uteri und bei Senkung innerer Organe nach dem Douglas'schen Raum.

Bei intaktem Beckenboden wendet man am besten die Hebelpessarien nach Thomas und Hodge an sowie die Schatz'sche Schale, namentlich in der Verbesserung von Prochownik, und zwar bei gutem Beckenboden mit kräftigen Levatores das Thomas'sche Pessar, bei mittelgutem Beckenboden das Hodge'sche Pessar mit breitem Bügel, bei schlechtem Beckenboden das Hodge'sche Pessar mit breitem Bügel oder die Schatz'sche Schale und bei einseitig schwachem Beckenboden die Schatz'sche Schale. Die Pessare dürfen die Scheide nicht zu stark spannen, sondern müssen nach allen Seiten hin einen Spielraum von Fingerbreite lassen.

Bei verletztem Beckenboden muß man nach der Lage des Risses vorgehen. Liegt der Riß hinten in der Mittellinie, dann kommt ein Hodge'sches Pessar oder ein Schatz'sches Schalenpessar in Frage. Liegt der Riß in der Mitte des Levator, dann wendet man am besten Ringe oder Schalen an. Beim Riß an der vorderen Ansatzstelle des Levator sind Ei- oder Kugelpessarien von harter Konsistenz anzuwenden. Bei beiderseitiger Verletzung des Levator ist ein Versuch mit den Trichterpessarien zu empfehlen. rs.

Dr. **Rudolf Oppenheimer** (Frankfurt a. M.): **Ueber die bei Arbeitern chemischer Betriebe beobachteten Geschwülste des Harnapparates und deren Beziehungen zur allgemeinen Geschwulstpathogenese.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 1.)

Die Ergebnisse seiner Beobachtungen an Arbeitern und Angestellten chemischer Fabriken legt Verfasser in folgenden Sätzen nieder. Gewisse Substanzen (Benzidin, Anilin, Anilinfarben) erzeugen Geschwülste des Epithels der Harnwege, vorwiegend der Blase. In anderen Organen wurden derartige Geschwülste nicht beobachtet. Die geschilderten Geschwülste treten nicht nur bei Arbeitern auf, sondern auch bei solchen Personen, welche in der Nähe der fabrikatorischen Betriebe dauernden Aufenthalt haben. Die Einwirkung der geschwulsterregenden Substanz dauerte 2—21 Jahre. Vom Beginn der schädigenden Beschäftigung bis zum Auftreten der ersten Symptome lag ein Zeitraum von 9½ bis 28 Jahren. Nach Wegfall der äußeren Schädigung (Berufswechsel) trat die Geschwulstbildung 10—17 Jahre später in Erscheinung. Die Geschwulstentwicklung geht somit weiter, auch wenn eine direkte Einwirkung der schädigenden Substanz nicht mehr besteht. Der Geschwulstentstehung geht ein jahrelanges Latenzstadium voraus, das weder lokale

noch allgemeine Erscheinungen macht. Verschiedene Substanzen können Geschwülste von gleichem Typus hervorrufen. Andererseits kann dieselbe Substanz, sogar gleichzeitig bei denselben Kranken, Geschwülste von verschiedenem Typus erzeugen. Einwirkungsdauer und Intensität der schädigenden Substanz scheinen ohne Einfluß auf die Länge des Latenzstadiums, sowie auf die Geschwulstart (Gutartigkeit oder Bösartigkeit) zu sein. Die Prognose ist für die auf chemischem Wege entstandenen Karzinome ungünstig, für die Papillome zweifelhaft.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Balneologische Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

Herr **Brock** (Berlin): **Bericht des Generalsekretärs.**

Meine Herren! Als wir von der letzten Tagung der Balneologischen Gesellschaft in Hamburg voneinander gingen, da ahnten wir nicht, daß bis zum nächsten Balneologenkongreß 6 Jahre vergehen würden. Welch tiefe Kerbe diese schwere Zeit in die Weltgeschichte geschnitten hat, darüber brauche ich hier kein Wort zu verlieren; wir haben ja alle die schwere Not des Krieges und seiner Folgen kennen gelernt. Auch die Balneologische Gesellschaft hat durch den Krieg und während des Krieges schwere Verluste durch den Tod von Mitgliedern erlitten. Eine Reihe von Kollegen ist auf dem Felde der Ehre geblieben oder an den Folgen des Krieges durch Seuchen, Infektionen und sonstige Erkrankungen als Opfer des Berufs in treuer Pflichterfüllung für das Vaterland gestorben. Diesen Kollegen, die ihr Leben auf den Altar des Vaterlandes niedergelegt haben, gebührt besonders ein ehrenvolles Andenken.

Die Reihen unseres Vorstandes sind durch den Tod stark gelichtet. An erster Stelle beklagen wir den Tod unseres ersten Vorsitzenden und Ehrenmitgliedes der Gesellschaft.

Geheimer Medizinalrat o. Honorarprofessor Dr. Ludwig Brieger wurde am 26. Juli 1849 zu Glatz geboren. Er studierte in Breslau und Straßburg, wo er 1874 promovierte und 1875 sein Staatsexamen bestand. Er beschäftigte sich zunächst in Wien und Berlin mit Ohren- und Kehlkopfkrankheiten, dann mit Frauen- und Augenheilkunde, und wurde 1876 Assistent von Hermann Cohn in Breslau. Während dieser Zeit trieb er unter Julius Cohnheim Studien in der pathologischen Anatomie. 1877 bis 1878 war er erster Assistent an der medizinischen Klinik in Bern unter Quincke und studierte während dieser Zeit physiologische Chemie bei Nencki; seine chemischen Studien setzte er dann in Berlin unter Baumann fort. 1878 wurde er Assistent an der 1. medizinischen Klinik der Charité in Berlin unter Frerichs und nach dessen Tode im Jahre 1885 noch weitere zwei Jahre unter Leyden. 1881 habilitierte er sich in Berlin für innere Medizin, erhielt 1883 den Professortitel, wurde 1890 außerordentlicher Professor und 1891 Vorsitzender des Instituts für Infektionskrankheiten. In dieser Stellung arbeitete er zusammen mit Robert Koch über Immunisierung und Behandlung von Typhus, Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten. 1901 wurde er Leiter der neugegründeten Hydrotherapeutischen Anstalt und hat auch in dieser Stellung wertvolle Arbeiten herausgegeben. 1918 wurde er zum ordentlichen Honorarprofessor ernannt. Brieger starb am 19. Oktober 1919 an einem langwierigen Pankreaskrebs. Die Balneologische Gesellschaft wählte ihn nach dem Tode von Liebreich im Jahre 1909 zu ihrem ersten Vorsitzenden und verlieh ihm im Jahre 1919 die Auszeichnung der Ehrenmitgliedschaft.

Auch ihren zweiten Vorsitzenden hat die Balneologische Gesellschaft durch den Tod verloren. Hofrat Professor Dr. Wilhelm Winternitz wurde am 1. März 1833 in Josefstadt in Böhmen geboren. Er studierte in Wien und Prag, wo er 1857 promovierte und sein Staatsexamen ablegte. Nach kurzer Tätigkeit als Marinearzt gab er sich an das denkwürdige Werk, die praktisch bewährten Arbeiten des Laienbehandlers Prießnitz in Gräfenberg wissenschaftlich nachzuprüfen. Es ist allgemein bekannt, welch schweren Widerstand Winternitz überwinden mußte, ehe es ihm gelang, auch nur die Arbeitsmöglichkeit hierin zu finden, geschweige denn eine Anerkennung zu erlangen. Endlich setzte sich der ebenso klare wie energische Geist von Winternitz doch durch, und der reiche Lohn für seine schweren Mühen blieb nicht aus. Winternitz schuf eine systematisch ausgearbeitete Hydrotherapie auf streng wissenschaftlichem Boden und hat nicht zu Unrecht schon bei Lebzeiten den historischen Namen eines „Vaters der Hydrotherapie“ erhalten. 1865 habilitierte er sich an der Universität Wien für Hydrotherapie. 1881 erhielt er den Titel eines außerordentlichen und 1884 den eines ordentlichen Professors. Außer seinem Hauptwerke „Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage“ hat er eine unübersehbare Zahl von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht, die sämtlich Zeugnis von seiner scharfen Beobachtungsgabe und seinem streng kritischen Sinn ablegen. Seine Lehrtätigkeit war eine außerordentlich fruchtbare, und es gibt wohl kaum ein Kulturland, das nicht Schüler von Winternitz zu den Zierden der ärztlichen Kunst und Wissenschaft zählt. Am 22. Februar 1917 schloß Winternitz sein an Arbeit, an Kämpfen, aber auch an Erfolgen außerordentlich reiches Leben. Die wissenschaftliche Welt hat an ihm eine Leuchte ersten Ranges verloren, die Balneologische Gesellschaft ihren zweiten Vorsitzenden, nachdem er jahrzehntelang ihr Mitglied war und durch Vorträge und Anregungen aller Art der Balneologischen Gesellschaft viel genützt hat, wie überall, wo er auch immer sich betätigte.

Geheimer Sanitätsrat Dr. Paul Schliep wurde am 17. Juli 1846 in Neuwarp in Pommern geboren. Er studierte von 1864 bis 1868 in Greifswald, wo er 1868 promovierte und 1869 approbiert wurde. Nach einer längeren Studienreise wurde er Hausarzt am Krankenhaus Bethanien in Stettin. Diese Tätigkeit wurde durch den Krieg 1870/71 unterbrochen, den er als Assistenzarzt mitmachte. 1872 wurde er Hausarzt am Deutschen Hospital in London, 1873 Leibarzt der Kaiserin Augusta und behielt diese Vertrauensstellung bis zu deren Tode im Jahre 1890. 1875 bestand er sein Physikatsexamen und ließ sich als Kurarzt in Baden-Baden nieder. Hier übte er eine große praktische Tätigkeit aus und verfaßte aus seiner Praxis heraus eine große Reihe wertvoller Schriften auf klinischem und namentlich klimatologischem Gebiet. Die reichen Stiftungen der Gräfin Luise Bose für die Universitäten Marburg, Jena und Berlin zur Förderung medizinischer Studien sind seiner Initiative zu verdanken. Schliep starb am 25. September 1917 infolge eines Herzleidens zu Baden-Baden. Sein gastliches Haus war viele Jahre der Mittelpunkt musikalischen Lebens, insbesondere eine Pflegestätte klassischer Musik. Dieser seiner künstlerischen Neigung entspricht die Inschrift auf seinem Grabmal:

„Ist auf diesem Psalter,
Vater der Liebe, ein Ton
Seinem Ohre vernehmlich,
So erquicke sein Herz!“

Schliep war seit 1882 Mitglied der Balneologischen Gesellschaft und gehörte seit 1892 dem Vorstande an, die seiner vornehmen Lebensauffassung und seinem klaren Blick viel zu verdanken hat.

Regierungsrat Professor Dr. Heinrich E. Kisch wurde am 6. Mai 1841 zu Prag geboren, absolvierte daselbst das Gymnasium, bezog im jugendlichen Alter von 15 Jahren die Universität Prag, promovierte hier 1861 und erhielt im gleichen Jahre seine Approbation. Nach weiterer wissenschaftlicher Ausbildung in Berlin und Breslau ließ er sich im Jahre 1863 als Kurarzt in Marienbad nieder, das ihm seinen Aufschwung zum Weltkurort an erster Stelle zu verdanken hat. In den Wintern betätigte sich Kisch weiter an den Kliniken in Prag, wo er nach Veröffentlichung mehrerer wissenschaftlicher Arbeiten auf balneologischem Gebiet im Jahre 1867 zur Dozentur für Balneologie zugelassen wurde. Im Jahre 1883 wurde er außerordentlicher Universitätsprofessor und erhielt 1894 den Lehrantrag für Balneologie. Seinen ärztlich beratenden Beruf, dem er mit Aufopferung oblag, übte er bis zu seinem Tode, der ihn am 24. August 1918 nach kurzer Krankheit dahinraffte, in unermüdlicher Arbeitsfreudigkeit aus. Außer einer zahlreichen Reihe von fachwissenschaftlichen Abhandlungen verfaßte Kisch auch größere grundlegende Werke auf dem Gebiet der Balneologie und der Sexualität der Frau. Ihm verdanken wir auch die Anregung zu der Errichtung von balneologischen Forschungsinstituten in den Kurorten. Sein Hauptverdienst liegt darin, daß er der balneologischen Wissenschaft unbestritten als einer der Ersten und Berufensten Geltung zu schaffen verstand und sie zu einem umfassenden Forschungsgebiete auszugestalten half. Dieses Streben von Kisch kam auch darin zum Ausdruck, daß er seit dem Bestehen der Balneologischen Gesellschaft alljährlich und ausnahmslos an ihren Kongressen teilnahm und auf jedem Kongreß einen Vortrag hielt. Dem Vorstande der Balneologischen Gesellschaft gehörte er 15 Jahre an. Auch sonst war er auf balneologischem Gebiet organisatorisch rege tätig. Mit Kisch verlor die Balneologie einen ihrer Pfadweiser, die Kurstadt Marienbad ihren Ehrenbürger und Förderer, die leidende Menschheit einen hervorragenden Arzt.

Medizinalrat Dr. Leopold Fellner wurde am 5. Juni 1839 in Budapest in Ungarn geboren. Er besuchte die Universität Wien, wo er 1864 promovierte. Seit 1867 hat er über 50 Jahre lang eine segensreiche Tätigkeit in Franzensbad entfaltet, das ihm zum großen Teil sein Aufblühen zu verdanken hat. Auf wissenschaftlichem Gebiet, in humanitären Bestrebungen, in kurörtlichen Fragen und nicht zuletzt in standesärztlichen Angelegenheiten hat Fellner stets mit Einsatz seiner ganzen Persönlichkeit Bedeutendes geleistet. Er hat zahlreiche wertvolle Arbeiten auf dem Gebiete der Frauenheilkunde und der Herzkrankheiten veröffentlicht und viel zur Kenntnis der Lehre von den Moorbädern beigetragen. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte Fellner seit der Gründung an und seit 1912 als Vorstandsmitglied. Er starb am 9. April 1919 in Graz. Nicht nur Franzensbad hat an seinem Ehrenbürger Fellner viel verloren, sondern die balneologische Wissenschaft betrauert in ihm ebenso einen ausgezeichneten Forscher wie die Aerzteschaft einen vornehmen und hochherzigen Kollegen.

Ueber unser Vorstandsmitglied, Geheimen Hofrat Dr. Theodor Weizsäcker aus Wildbad, konnten wir keine biographischen Angaben erhalten.

Auch unter ihren Ehrenmitgliedern hat die Balneologische Gesellschaft einige Tote zu beklagen.

Excellenz Wirklicher Geheimer Obermedizinalrat Professor Dr. Paul Ehrlich wurde am 14. März 1854 in Strehlen in Schlesien geboren. Er studierte in Breslau und bestand hier 1877 sein Staatsexamen. Schon als Student beschäftigte er sich mit farbenanalytischen Studien und erkannte schon damals die Grundlagen seiner selektiven Verankerungstheorie auf Grund chemischer Affinität zwischen Gewebszelle und Gift. Damit legte er schon als Student die Grundlage zu seinem wissenschaftlichen Weltruhm. Nach seinem Staatsexamen arbeitete er in Breslau im pathologischen Institut unter Julius Cohnheim und im physiologischen Institut unter Heidenhain und kam 1878 als Oberarzt an die I. Medizinische Klinik der Charité unter Frerichs nach Berlin. Durch eine Tuberkulinkur, der sich Ehrlich 1884 durch Robert Koch erfolgreich unterzogen hat, kam er als einer der Ersten mit diesem führenden Geist in Verbindung und wandte sich namentlich der spezifischen Immunisierung und Therapie zu. 1896 erhielt Ehrlich die Leitung des neugegründeten Instituts für Serumprüfung und Serumforschung in Steglitz, das in den beiden kleinen Armenhäuschen dieser Gemeinde untergebracht war. Hier ist die örtliche Wiege der Seitenkettentheorie. 1899 wurde ihm das Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt am Main anvertraut und bald darauf auch das Georg Speyer-Haus. In diesen der wissenschaftlichen Forschung gewidmeten Stätten wandte sich Ehrlich der großen Aufgabe der Therapie der Geschwülste und der Seuchen zu. Wenn er mit seinem weltbekannten Salvarsan auch nicht das Ideal der Sterilisatio magna erreichte, wie es ihm vorschwebte, so ist sich doch die Aerzteschaft aller Kulturnationen darin einig, daß mit der Auffindung des Salvarsans eine Großtat ersten Ranges geschaffen wurde, auf welche die Wissenschaft und besonders die deutsche Wissenschaft mit Recht stolz ist. Die eigentümliche

Streitart um das Salvarsan berührte Ehrlich, den rein idealen Mann, durchaus empfindlich und untergrub seine schwache, durch Arbeit und Mühen aufgebrauchte Gesundheit wesentlich. Ehrlich starb am 19. Juli 1915 an Arteriosklerose und Schrumpfniere in dem Sanatorium des Kollegen Pariser in Homburg. Ehrlich war es vergönnt, Erfolge und Ehrungen zu erringen, wie kaum einem zweiten Gelehrten und Arzt, die ihn aber in seinem bescheidenen Sinn nicht anders berührten als im Interesse der Wissenschaft, als deren treuen Diener er sich bis zum letzten Atemzuge fühlte. Seit dem Kongreß in Frankfurt, 1894, ist Ehrlich Ehrenmitglied der Balneologischen Gesellschaft, die stolz darauf sein darf, diese Zierde der Wissenschaft auch zu den Ihrigen zählen zu dürfen.

Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Adolf Schmidt wurde am 7. März 1865 in Bremen geboren. Er studierte zuerst Mathematik und Naturwissenschaften, dann Medizin in Bonn, promovierte hier im Jahre 1889 und bestand 1890 sein Staatsexamen. Zunächst betätigte er sich als freiwilliger Hilfsarzt an der Hautklinik in Bonn, dann bis Juli 1892 als Assistenzarzt an der Universitätspoliklinik in Breslau unter Friedrich Müller, bis Mai 1893 als freiwilliger Assistenzarzt an der II. Medtizinischen Klinik der Charité zu Berlin unter Carl Gerhardt und zehn Jahre lang als Assistent an der medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Bonn unter Schultze. 1894 wurde er in Bonn Privatdozent für innere Medizin, 1902 Oberarzt an dem städtischen Krankenhaus Friedrichstadt in Dresden, 1907 Direktor der medizinischen Klinik in Halle und folgte am 1. Juni 1918 einem ehrenvollen Ruf als Direktor der medizinischen Klinik in Bonn, dem Ziel seiner Wünsche. Schmidt hat auf dem Gebiete der Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten grundlegende, alle Zeiten überdauernde Arbeiten geleistet, ohne darum die übrigen Zweige der Medizin zu vernachlässigen. Am 11. November 1918 schied Schmidt, nachdem er schon längere Zeit an starken Depressionszuständen gelitten hatte, freiwillig aus dem Leben, tief betrauert von allen, die ihn kannten und die ihn seiner aufrichtigen Gesinnung wegen hochschätzten. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit 1906 als Ehrenmitglied an.

Geheimer Regierungs- und Medizinalrat Dr. Oskar Telke wurde im Jahre 1850 geboren und studierte in Greifswald, wo er 1875 die Staatsprüfung bestand. Er widmete sich der Medizinalbeamtenlaufbahn und war zuletzt als Regierungsmedizinalrat in Breslau tätig. Hier fand er viel Gelegenheit, sich im Interesse der schlesischen Bäder zu betätigen, und gab auch auf den Tagungen des Schlesischen Bädertages viel wertvolle Anregungen. Anläßlich der Tagung der Balneologischen Gesellschaft in Breslau 1909 wurde er zum Ehrenmitgied der Gesellschaft ernannt. Telke starb im Jahre 1915 nach einem schweren Krankenlager im Alter von 65 Jahren.

Zahlreich sind die Verluste der Mitglieder der Balneologischen Gesellschaft durch den Tod.

Hofrat Dr. Sigmund Goldschmidt wurde am 13. März 1849 in Warschau geboren. In seinem 13. Lebensjahre kam er nach Leipzig, absolvierte hier das Gymnasium, studierte in Leipzig, Wien und Prag Medizin, promovierte 1870 in Leipzig, wo er in demselben Jahre seine Approbation als Arzt erhielt. Den Krieg 1870/71 machte er als freiwilliger Arzt mit und ließ sich nach dem Kriege als städtischer Armenarzt in Berlin nieder. Aus dieser Tätigkeit veröffentlichte er seine „Briefe über Isolierung der Tuberkulösen in Krankenhäusern". Nach 13jähriger allgemeiner Praxis in Berlin ließ er sich, durch Erkrankung seiner Frau veranlaßt, in Reichenhall als Badearzt nieder, während der Winter war er vielfach an dem Ambulatorium in Venedig tätig. Unter seinen zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen finden sich Arbeiten über Tuberkulosebehandlung, Frauenleiden, Herzkrankheiten sowie die „Asthmabriefe". Sein großes und unbestrittenes Verdienst ist es, als Erster unter den Aerzten Deutschlands auf die Notwendigkeit von Lungenheilstätten für Tuberkulöse hingewiesen zu haben. Goldschmidt starb am 25 Februar 1914 in Wien. Er war ein eifriges Mitglied der Balneologischen Gesellschaft.

Sanitätsrat Dr. Franz Eichholz wurde am 28. Oktober 1853 in Braunsberg in Ostpreußen geboren, studierte in Jena und Königsberg Medizin und war in Jena Assistent an der Frauenklinik unter B. S. Schulze. 1889 ließ er sich in Kreuznach als Frauenarzt nieder und war nicht nur in seiner recht großen Praxis tätig, sondern auch literarisch mit der Herausgabe der Monatsschrift „Der Frauenarzt" und der „Radiologischen Mitteilungen von Bad Kreuznach" beschäftigt. Daneben widmete er sich den ärztlichen Organisations- und Standesfragen. Er war Vorsitzender des Kreuznacher Aertzevereins und Mitglied der rheinischen Aerztekammer. Während des Krieges war er Chefarzt am Reservelazarett I in Kreuznach. Trotzdem er im Anschluß an ein altes Krampfaderleiden eine Thrombose am linken Unterschenkel bekam, ging er doch seiner Tätigkeit nach und wurde im Herbst 1914 an einer Embolie dahingerafft. Er war ein unabhängig denkender, kluger und treuer Arzt. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit 1899 als Mitglied an und hat sich an ihren Arbeiten rege beteiligt.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Die Diathermie und Lichtbehandlung des Auges. Von Dr. med. **Leonhard Koeppe,** Privatdozent für Augenheilkunde an der Universitäts-Augenklinik zu Halle a. S. Leipzig, Verlag F. C. W. Vogel 1919. 208 S. Preis M. 20 (geb. M. 23).)

Verfasser, dem die Ophthalmologie auf dem Gebiet der feineren Untersuchungsmethoden des Auges vielfache Förderung verdankt, hat sich im Laufe der letzten Jahre auch eingehend mit der Anwendung der modernen physikalischen Therapie auf die Erkrankungen des Auges befaßt, speziell mit der Diathermie und der Lichtbehandlung. Im vorliegenden Werk stellt er die dabei von ihm erzielten Ergebnisse zusammen; gleichzeitig berücksichtigt er die von anderen Beobachtern mitgeteilten Erfahrungen. Bei der Beurteilung der therapeutischen Erfolge sowohl der Diathermie wie der Lichtbehandlung verfährt Verfasser mit objektiver Kritik; er hält sich von jeder Schönfärberei fern, verschweigt die Mißerfolge nicht und gibt auch sorgfältig die Kontraindikationen der Diathermie wie der Bestrahlungsmethoden an. Können wir uns also mit dem eigentlichen klinischen Teil der Darstellung im allgemeinen einverstanden erklären, so ist dies weniger der Fall mit der ausführlichen physikalischen Einleitung, die Verfasser dem Kapitel über die Diathermie vorausschickt. K. hält es für nötig, seinen Lesern die Grundbegriffe der Elektrizitätslehre, die elektrischen Einheiten, die Induktionsgesetze, das Wesen von Gleichstrom und Wechselstrom usw. ausführlich zu erläutern, trotzdem diese Dinge jedem Arzt geläufig sind oder doch sein sollten und es zahlreiche gute Lehrbücher der Physik und speziell der Elektrizitätslehre gibt, aus denen nötigenfalls der Leser sich darüber informieren kann. Dabei ist es Verfasser nicht einmal gelungen, seine Absicht der Belehrung zu erreichen; trotz einer gewissen Weitschweifigkeit und mancher Wiederholung läßt die Darstellung vielfach Klarheit und Präzision vermissen, so daß einem über keine Vorkenntnisse verfügenden Leser wenig damit gedient sein dürfte. Die eingeflochtenen historischen Angaben sind auch nicht immer richtig; so rührt der Nachweis, daß die Funkenentladungen oszillierende sind, nicht von Heinrich Hertz her, sondern von Feddersen, nachdem schon vorher W. Thomson und Kirchhoff die Frage theoretisch geklärt hatten. Die Theorie der elektrolytischen Dissoziation hat nicht Nernst, sondern Arrhenius zum Urheber, der seinerseits auf den bahnbrechenden Untersuchungen von Hittorf und F. Kohlrausch fußte. — Verfasser hätte besser daran getan, den physikalischen Teil auf das Allernötigste zu beschränken und dafür die klinischen Kapitel ausführlicher zu gestalten. R. Lohnstein.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Bei den Einigungsverhandlungen, die am 31. Mai und 1. Juni im Reichswirtschaftsministerium zwischen den Vertretungen der deutschen Krankenkassen und Aerzten stattgefunden haben, war vereinbart worden, daß bis zum 15. Juni beide Parteien sich über Annahme oder Ablehnung des Schiedsspruchs äußern und daß bis dahin keinerlei Versuche zur Anwerbung anderer Aerzte gemacht werden sollten. Trotzdem sucht die Breslauer Krankenkasse, die noch von 1913 her in unliebsamer Erinnerung steht, schon jetzt durch Zeitungsanzeigen Kassenärzte anzuwerben. Inzwischen hat am 12. und 13. Juni in Leipzig der Beirat des Leipziger Verbandes über die Frage beraten und sich dahin entschieden, den Schiedsspruch über das Honorar anzunehmen, während über die übrigen Punkte noch weiter beraten werden soll. Auch der Krankenkassenverband hat den Schiedsspruch angenommen, jedoch mit der Bedingung, daß Mindest- und Höchstsätze für die Pauschbeträge des Aerztehonorars festgesetzt werden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Paul Fränckel, Privatdozent für gerichtliche Medizin, wurde zum Gerichtsarzt des Kreises Teltow ernannt.

Breslau. Privatdozent Weil erhielt einen Lehrauftrag für soziale Medizin.

Halle a. S. Wilhelm Roux, Ordinarius der Anatomie hierselbst, feierte am 9. Juni seinen 70. Geburtstag und war aus dieser Veranlassung der Gegenstand großer Ehrungen, die dem Begründer der Entwicklungsmechanik galten. Das Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung stiftete 5000 M. für eine Wilhelm Roux-Stiftung; die Stadt Halle stellte 10 000 M. für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung. Außerdem wurden von verschiedenen Spendern 31 000 M. gezeichnet. Roux beabsichtigt, ein Institut für kausale Forschung zu begründen.

Rostock. Privatdozent Blessing, Abteilungsvorsteher an der Klinik für Mund- und Zahnkrankheiten, wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

Wien. Als Privatdozenten haben sich habilitiert Dr. Menzel und D. Hofer für Rhino-Laryngologie, Prof. Dr. Sträußler für Neurologie.

Nachdem unser Verlag seit Kriegsausbruch davon Abstand genommen hatte, den Bezugspreis für unsere Wochenschrift zu erhöhen, sieht er sich nunmehr doch gezwungen, in Anbetracht der neuerdings sprunghaft steigenden Teuerung der Herstellungskosten (die Druckerpreise sind um ca. 1000 %, die Papierpreise um ca. 2000 % gestiegen) den Bezugspreis ab 1. Juli d. J. auf M. 6.— vierteljährlich zu erhöhen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 26. Juni 1920 | No. 26

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

89. Jahrgang | Berlin, 26. Juni 1920 | No. 26

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber die Prinzipien der Bekämpfung des Haarausfalles nach Zuntz.

Von Prof. **A. Loewy** in Berlin.

Den Ernährungsschwierigkeiten während des Krieges und dem Bestreben ihnen abzuhelfen verdanken wir eine Entdeckung, die anscheinend gar nichts mit diesen gemein hat, einen Fund auf einem Gebiete, das zwar außerordentlich viel therapeutisch bearbeitet worden ist, aber nie von dem Gesichtspunkte aus betrachtet wurde, der hier in den Vordergrund gerückt ist. Es handelt sich um die letzte Gabe, die N. Zuntz der wissenschaftlichen Welt schenkte, um die Möglichkeit das Haarwachstum durch Ernährungsmaßnahmen zu fördern.

Alle Bestrebungen, den Haarausfall und die entstehende Kahlheit hintanzuhalten oder zu beseitigen, fußen auf der lokalen Behandlung des, sei es erkrankten, sei es normal erscheinenden Haarbodens, und wenn dazu eine Allgemeinbehandlung kam, so zielte sie nur auf allgemeine Kräftigung durch roborierende Diät, Eisen, Arsenpräparate und Aehnliches. Der Gedanke, durch besondere Art der Ernährung das Wachstum der Haare zu beeinflussen, war scheinbar nicht aufgetaucht, oder vielmehr: er war in Vergessenheit geraten; denn daß Beziehungen zwischen Haarbildung und Nahrungszufuhr bestehen und in welcher Richtung sie sich bewegen, das war schon von den Schafzüchtern, besonders in den 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts, studiert worden.

Soll am Körper ein Ansatz von irgendwelchem Material stattfinden, so muß dieses im Ueberschuß zugeführt werden. Zur Förderung des Haarwachstums, wie überhaupt der epidermoidalen Anhangsgebilde, muß Keratin, die charakteristische organische Grundsubstanz dieser, dem Körper zur Verfügung gestellt werden. Nun ist aber Keratin vollkommen unverdaulich, seine Zufuhr also nutzlos. Aber der tierische Organismus ist imstande, sich Keratin selbst zu bilden, indem er eine Umwandlung von Eiweiß in diese eiweißähnliche Substanz vornimmt, oder die bei der Eiweißverdauung entstehenden Spaltstücke derart zusammenfügt, daß Hornsubstanz gebildet wird.

Durch reichliche Eiweißzufuhr müßte es also gelingen, die Bildung von Hornsubstanz bzw. derjenigen Körperteile, die aus ihr aufgebaut sind, anzuregen. Es hat sich in den schon erwähnten Untersuchungen an Schafen gezeigt, daß es wirklich auf diesem Wege gelingt, das Wollwachstum zu verbessern. — Aber dieser Weg ist kostspielig und dabei wenig rationell; denn Eiweiß und Keratin sind in Hinsicht auf ihre Bausteine in der Art verschieden, daß einzelne in ersterem nur in geringer Menge, in letzterem dagegen sehr reichlich vorkommen. Wenn man also aus Eiweiß Keratin entstehen lassen will, muß sehr viel Eiweiß zum Zerfall kommen, um verhältnismäßig wenig Keratin zu bilden, wobei dann die nicht zur Keratinbildung verwendeten Eiweißbaustoffe einfach vermehrter Wärmebildung dienen.

Die Differenz bezieht sich — soweit die Eiweißbausteine bisher bestimmt werden konnten — hauptsächlich auf den schwefelhaltigen Anteil des Eiweißes, der im Cystin enthalten ist. Während die Eiweißkörper nur 0,5—2,2% Schwefel enthalten, sind in Menschenhaaren 5% vorhanden, ja der Schwefelgehalt der Keratingebilde kann noch höher steigen. Dementsprechend ist der Cystingehalt im Eiweiß und Keratin sehr verschieden, während die Menge der übrigen Bausteine verhältnismäßig weniger voneinander abweicht, jedenfalls nicht mehr als bei den verschiedenen Eiweißkörpern untereinander. Als Beweis dienen folgende Zahlen, welche die prozentische Zusammensetzung angeben:

	Glykokoll	Alanin	Valin	Leucin	Serin	Asparaginsäure	Glutaminsäure	Cystin	Phenylalanin	Tyrosin	Prolin
Laktalbumin .	0,3	2,5	0,9	—	—	1,0	10,1	—	2,4	0,85	4,0
Kasein . . .	0,0	0,9	1,0	10,5	0,23	1,2	11,1	0,07	3,2	4,5	3,1
Serumalbumin	0,0	2,7	—	20,0	0,6	3,1	7,7	2,53	3,1	2,1	1,04
Legumin . .	0,38	3,08	1,0	8,0	0,53	5,3	13,8	—	3,75	1,55	3,2
Keratin . . .	1,52	2,2	3,5	13,05	0,62	1,9	9,2	8,25	2,45	3,2	3,8

Unter diesen Umständen mußte man versuchen doch auf das Keratin als Muttersubstanz für diese zu bildenden keratinhaltigen Hautanhangsgebilde zurückzugreifen, aber es konnte natürlich nicht die Hornsubstanz als solche benutzt werden, vielmehr mußte sie „aufgeschlossen", durch Hydrolyse in ihre Spaltstücke zerlegt werden, die als solche verdaulich sind. Dabei entschied Zuntz — in Gemeinschaft mit Brahm[1]) — zunächst die Fragen, ob das hydrolysierte Horn gut ausgenutzt wird und ob es Funktionen, die dem Eiweiß eigen sind, zu übernehmen vermag. Die betreffenden Versuche wurden an Hunden ausgeführt und ergaben nicht nur eine gute Ausnutzung im Darm, sondern zeigten auch, daß hydrolysiertes Horn, ebenso wie Eiweiß, den Leim, der bekanntlich an sich nicht als vollwertiges stickstoffhaltiges Nahrungsmaterial zu dienen vermag, zu einem vollkommenen, dem Eiweiß an Nährwert gleichen Nahrungsstoffe zu ergänzen vermochte. Es reichte dazu schon die Hornhydrolysatmenge aus, die nur 10% des Nahrungsstickstoffes entsprach.

Die Baustoffe des hydrolysierten Hornes vermochten die des Eiweißes zu vertreten. Um so näher lag es, daß sie auch imstande sein würden, bei der Keratinbildung mitzu-

[1]) Brahm und Zuntz: Wert der Abbauprodukte des Horns als Nähr- und Genußmittel. D. med. Woch. 1917, Nr. 34.

wirken. Das bewahrheitete sich nun in Versuchen an Menschen und an Schafen.[2])

Letztere wurden an 4 Wollschafen angestellt, die alle gleichmäßig gefüttert wurden und von denen zwei zum Futter täglich 10—15 g Hornhydrolysat erhielten. Nach 2 Monaten waren bei letzteren beiden die Wollhare fester geworden, und ihr Querschnitt war von 6,92 μ im Durchschnitt auf 8,15 μ gewachsen. In der Mehrzahl der Messungen hatte auch die Länge der Haare zugenommen.

Die Messungen am Menschen wurden zunächst an Zuntz selbst vorgenommen. *Vor* der Zuführung von Horn, also unter den gewöhnlichen Bedingungen, waren pro Tag 5 mg Kopf- und Barthaare gewachsen, was durch Wägung der in 4 Wochen gewachsenen Haarmenge ermittelt wurde. Dann wurde täglich 1—1,5 g Hornhydrolysat zur Nahrung zugesetzt. In dieser Periode betrug während der ersten vier Wochen das tägliche Haarwachstum 6,3 mg und für weitere 4 Wochen täglich 9,22 mg.

Auch nach Aussetzen der Hornbeigabe blieb die gesteigerte Haarbildung noch einige Monate bestehen, um dann allmählich zu den alten Werten zurückzukehren.

Versuche an anderen Menschen, die über Haarausfall klagten, zeigten gleichfalls die fördernde Wirkung des Hornhydrolysates, wenn Zuntz auch zahlenmäßige Belege nicht gewonnen hat. Er berichtet von einem Kollegen, bei dem die Wirkung so intensiv war, daß er nach kurzer Zeit das Mittel fortließ, da der Bartwuchs so stark wurde, daß er sich täglich zweimal rasieren mußte, und von einer Dame, die nach sechswöchiger Einnahme des Hydrolysates von einer in Aussicht genommenen spezialärztlichen Behandlung wegen Haarausfalles absehen konnte.

Inzwischen ist eine Veröffentlichung von *Blaschko*[3]) erschienen, in der zunächst die Möglichkeit der Beeinflussung des Haarwachstums auf dem Blut- bzw. Lymphwege überhaupt besprochen wird, sodann vom dermatologischen Standpunkte die verschiedenen Formen des Haarausfalles erörtert und Indikationen für diejenigen Fälle abgeleitet werden, in denen etwa eine Wirkung erwartet werden darf. Es ist klar, daß *kein* Mittel in *jedem* Falle von Haarausfall sich als wirksam erweisen kann. Wenn demnach die hydrolysierte Hornsubstanz (jetzt von der herstellenden Fabrik „Humagsolan" genannt) in der politischen Presse unter dem Titel „Das Ende der Glatze" angepriesen worden ist, so ist dem Mittel ein schlechter Dienst erwiesen worden; denn es sind unerfüllbare Hoffnungen erweckt worden. Wo bei länger dauerndem Haarausfall es bereits zu einer Schädigung oder Atrophie der Haarpapillen gekommen ist, ist eine Wiederherstellung nicht möglich. Andererseits gibt es Formen von akutem Haarausfall im Verlaufe von Infektionskrankheiten, bei Typhus, Scharlach, Lues, die an sich zur Heilung neigen. Hier wäre das Mittel überflüssig. Nach Blaschko eignen sich vor allem die Fälle von chronischem seborrhoischen Haarschwund zur Entscheidung der Frage, ob der Hornsubstanz wirklich heilende Wirkungen zukommen.

Blaschko ging in der Auswahl der Fälle besonders kritisch vor, indem er solche heranzog, die auf anderem Wege, so auf dem der Bestrahlung, nicht recht beeinflußbar waren. Dabei prüfte er die Wirkung der inneren Behandlung für sich oder kombiniert mit Bestrahlung. Er kommt trotz der theoretischen Bedenken, die sich ihm ursprünglich in bezug auf den Effekt einer *inneren* Behandlung des Haarschwundes aufdrängten, deren wesentliches darin gegeben ist, daß die verbreitetsten Formen von Haarausfall, die ungünstig verlaufen, nach der Meinung der meisten Dermatologen *parasitär* bedingt seien, ein etwaiger Erfolg also nicht sicher zu erklären sei, auf Grund seiner Beobachtungen doch zu dem Ergebnis, daß das Humagsolan an den während der Behandlung zustande gekommenen Besserungen ursächlich beteiligt sei.

Nicht nur bei Haarausfall erwies das hydrolysierte Horn sich Blaschko als nützlich, sondern auch bei *Haarerkrankungen*, so bei Trichorrhexis.

Uebrigens hat Blaschko auch Besserungen bei der Behandlung anderer erkrankter Hautanhangsgebilde durch Humagsolan gesehen, so in einem Falle von seit Jahren bestandener trophischer *Nagelerkrankung*.

Ueber die praktische Bedeutung des von Zuntz vorgeschlagenen Verfahrens, die Grenzen, innerhalb derer es sich in der Tat wertvoll erweist, wird ein schlüssiges Urteil erst nach Sammlung eines großen Beobachtungsmaterials erlaubt sein; was jedoch schon heute gesagt werden kann, ist, daß die Idee, von der Zuntz ausging, sich als zutreffend zu erweisen scheint. Sie ist dabei nicht nur auf diesen Einzelfall beschränkt, sondern ist erweiterungsfähig, und es ist nicht ausgeschlossen, daß auch andere pathologische Zustände, besonders solche atrophischer, aber auch metaplastischer Art, durch zweckmäßig geleitete Zufuhr bestimmter Nahrungsbestandteile der Besserung zugeführt werden können. Allerdings wird dazu die Kenntnis der chemischen Zusammensetzung pathologischer Gebilde noch erhebliche Fortschritte machen müssen.

[2]) N. Zuntz: Beeinflussung des Wachstums der Horngebilde durch spezifische Ernährung. D. med. Woch. 1920, Nr. 6.

[3]) A. Blaschko: Die Behandlung der Haarerkrankungen mit löslichen Hornpräparaten. D. med. Woch. 1920, Nr. 19.

Grenzen der Leistungsfähigkeit der künstlichen Höhensonne.

Von Dr. **A. Laqueur** (Berlin).

Unter den neuen physikalischen Heilmethoden, welche sich in der Praxis bewährt und einen großen Anhängerkreis errungen haben, stehen, wenn wir von der Röntgen- und Radiumtherapie absehen, heutzutage zwei an erster Stelle: die *Diathermie* und die *künstliche Höhensonne*. Bei der Diathermie war trotz des raschen Aufschwungs, den sie genommen hat, die Entwicklung eine verhältnismäßig ruhige. Wir haben es hier mit einer Behandlungsmethode zu tun, deren hauptsächlichste, wenn auch nicht ausschließliche Wirkung auf der tiefgehenden *Hyperämie*, die sie erzeugt, beruht. Die Verhältnisse, unter denen sich die Heilungsvorgänge vollziehen, liegen im allgemeinen klar zutage, und wenn es auch an Uebertreibungen und allzu weitgehenden Indikationsstellungen hier nicht gefehlt hat, so ist die Ausübung und publizistische Bearbeitung des Diathermie-Verfahrens doch in den Händen ernsthafter Autoren und vor allem Dingen ausschließlich in den Händen von *Aerzten* geblieben.

Anders liegen die Verhältnisse bei der *künstlichen Höhensonne*. Soweit es sich hier um die *direkte* Strahlenwirkung handelt, um die Beeinflussung der Wundheilung durch die vitalisierende Wirkung der ultravioletten Strahlen und um die Heilwirkung bei Hautkrankheiten, deren Zustandekommen sich durch die Folgen der reaktiven Lichtentzündung erklären läßt, liegen ja ebenfalls klare Verhältnisse vor. Bezüglich der ebenso wichtigen und theoretisch noch interessanteren *Allgemeinwirkung* der Quarzlichtbestrahlung fehlt aber, wenn wir ganz offen sein wollen, noch eine völlig befriedigende theoretische Erklärung. Gewiß haben die Forschungsergebnisse des letzten Jahrzehnts sehr viel Licht in das Dunkel der geheimnisvollen Strahlenwirkung gebracht. Wir können als feststehend annehmen eine allgemeine Anregung der Lebensvorgänge im gesamten Organismus, insbesondere eine Förderung der fermentativen Prozesse, der Stoffwechselvorgänge, der Leukozytose, eine Erhöhung der Schutzkräfte des Organismus gegenüber von Infektionen; aber über das „Wie" des Zustandekommens all dieser Wirkungen sind wir bislang noch auf Vermutungen angewiesen. Man muß annehmen, da eine direkte Tiefenwirkung der kurzwelligen ultravioletten Strahlen wohl ausgeschlossen ist, daß die Lichtenergie bei der Allgemeinbestrahlung auf dem Wege über das Kapillarnetz des Rete Malpighi in das Blut aufgenommen und so den Zellen des Gesamtorganismus zugeführt wird. Sehr wichtig und beachtenswert ist auch die neuerdings von *Erich Hoffmann* aufgestellte Theorie, daß die *Haut* der hauptsächlichste Ort für die Bildung von *Immunstoffen* ist, und daß demgemäß die Bestrahlung die immunisatorische Tätigkeit der Haut in wirksamer Weise unterstützen könne. Aber alles in allem liegen die Dinge doch so, daß wir über mehr oder weniger begründete Vermutungen nicht herauskommen und daß der Spekulation Tür und Tor geöffnet ist. Wer die Höhensonnen-Literatur kennt, wird denn auch zugeben, daß es hier an spekulativen Betrachtungen nicht gefehlt hat. Das wäre ja an sich kein Unglück, und solche Anregungen können vielfach der Sache nur nützen. Gibt es doch auch in der pharmakologischen wie in der physikalischen Therapie genug sonstige bewährte Heilverfahren, deren theoretische Begründung noch auf recht schwachen Füßen steht. Was aber als schädlich bezeichnet werden muß, das ist die *Reklame*, die sich gerade dieses Zweiges der Lichttherapie bemächtigt hat, und deren Uebertreibungen umgekehrt wieder in vielen Aerztekreisen eine weitgehende und oft zu weitgehende Skepsis erzeugen mußten. Gefördert wird diese Reklame durch den bedauerlichen Umstand, daß die Höhensonnenbestrahlungen vielfach auch von *Laienhänden* in Kurpfuscherinstituten, Schönheitsinstituten, Friseurgeschäften usw. ausgeübt werden. Darin liegt auch für die Volksgesundheit eine erhebliche Gefahr, denn die künstliche Höhensonne ist, selbst wenn man von der Möglichkeit der Hautverbrennung absieht, keineswegs ein indifferentes Mittel.

Ich möchte nun im Folgenden an einigen Beispielen kurz erörtern, inwiefern die weitgehenden Erwartungen, die sich an die Höhensonnenbehandlung geknüpft haben, nach bisherigen eigenen und fremden Erfahrungen erfüllbar sind und wo die zweifellos erheblichen Heilwirkungen der Quarzlichtbehandlung ihre Grenze finden.

Unter den Indikationen für die Allgemeinbestrahlung mit der künstlichen Höhensonne nimmt zweifellos die *Tuber-*

kulose in ihren verschiedenen Erscheinungsformen den wichtigsten Platz ein. Es ist besonders die sogenannte chirurgische Tuberkulose, bei der sich das Verfahren nach hundertfältigen Erfahrungen ausgezeichnet bewährt hat. Wenn man einen Vergleich zieht mit den von Rollier mit der natürlichen Sonne im Hochgebirge erzielten Resultaten, so muß man sich klarmachen, daß bei der Anwendung der künstlichen Höhensonne nur einer der bei den Hochgebirgskuren vorhandenen Faktoren zur Einwirkung kommt, nämlich die Ultraviolettstrahlen. Auf die Wirkung des Hochgebirgsklimas an sich, der gleichzeitigen Freiluft-Liegekur und anderer Dinge müssen wir bei der reinen Quarzlichttherapie verzichten. Wenn trotzdem die Resultate auch hier vielfach so gute sind, so werden sie nur erreicht durch zweckmäßige Anwendung, vor allen Dingen durch monatelange Fortsetzung der Kur in allen schwereren Fällen. Was die Gelenktuberkulose betrifft, so sieht man die schönsten Erfolge bei beginnender Gelenktuberkulose, wo oft schon nach einer kurzen Behandlung die subjektiven und objektiven Erscheinungen zurückgehen. Aber auch in weiter vorgeschrittenen Fällen werden vielfach recht befriedigende Resultate erzielt. Eine Grenze für die therapeutische Wirksamkeit der Höhensonne scheint mir bei den Gelenktuberkulosen alter Leute zu liegen, die man jetzt ja sehr viel häufiger als früher beobachten kann. Meine Erfahrungen in dieser Beziehung sind nicht ermutigend. Auch die schweren fistulösen Gelenktuberkulosen kleiner Kinder verhalten sich nach unserer Beobachtung oft refraktär gegenüber der Quarzlichtbehandlung; günstiger liegen die Verhältnisse bei der Spina ventosa, wie es überhaupt den Anschein hat, als ob Knocheneiterungen außerhalb der Gelenke auf die Quarzlichtbestrahlung besser reagieren. Bei Patienten aller Altersklassen hat diese Behandlung nach unseren Erfahrungen in der Behandlung und Nachbehandlung tuberkulöser Abszesse, ob dieselben nun von den Knochen oder von den Weichteilen ausgehen, Vorzügliches geleistet. Zeigt dabei die Inzisionswunde eine schlechte Heilungstendenz, so ist mit der Allgemeinbestrahlung eine energische Lokalbestrahlung der sezernierenden Wundflächen zu verbinden.

Die Erfolge der Höhensonnenbehandlung bei der tuberkulösen Peritonitis sind von allen, die sich mit diesem Gebiete beschäftigt haben, anerkannt. Ich selber habe vor einiger Zeit über unsere Erfahrungen berichtet. Mit den anderen Autoren stimme ich darin überein, daß die mit serösem Erguß einhergehenden Fälle günstiger auf die Quarzlichtbestrahlung reagieren als die sogenannten trockenen Formen der Peritonitis tuberculosa; doch erzielt man auch bei diesen letzteren häufig bei genügend langer Fortsetzung der Kur befriedigende Resultate. Am wenigsten reagieren diejenigen Fälle, welche von einer Tuberkulose der weiblichen Adnexe ihren Ausgangspunkt nehmen. Wenigstens haben wir größere tuberkulöse Tumoren der Adnexe auf Höhensonnenbehandlung nicht zurückgehen sehen.

Die Frage der Beeinflussung der Lungentuberkulose durch die Quarzlichtbehandlung kann ich in diesem Zusammenhange nur streifen. Die ganze Angelegenheit ist noch sehr im Flusse. Sicher scheint es nach der Erfahrung der Mehrzahl der Autoren, daß eine Rückbildung der objektiven Veränderungen unter der Höhensonnenbehandlung bei der Lungentuberkulose zum mindesten viel seltener und unregelmäßiger erfolgt als bei den übrigen Tuberkuloseformen. Natürlich kommt die günstige Wirkung der Höhensonnenbestrahlung auf das Allgemeinbefinden auch den Lungentuberkulösen zugute, und die nicht selten zu beobachtenden fieberhaften Reaktionen nach den ersten Sitzungen, die lokalen Herdreaktionen, welche Grau beobachtet hat, sowie auch eine zuweilen eintretende Entfieberung zeigen, daß auch hier ein spezifischer Einfluß des Lichtes vorhanden sein muß. Aber gegenüber von Uebertreibungen, die gerade auf diesem Gebiete erfolgt sind, muß doch betont werden, daß auch in der künstlichen Höhensonne ein Radikalmittel gegen die Lungentuberkulose noch nicht gefunden worden ist. Sie bildet zweifellos eine wichtige Ergänzung sonstiger Behandlungsmethoden, z. B. auch der von Bacmeister empfohlenen Röntgentherapie. Das Entscheidende wird immer die Auswahl geeigneter Fälle sein. Wenn ich hier meine eigenen Erfahrungen erwähnen darf, so scheint sich die Höhensonne, für sich allein angewandt, besonders für die Bekämpfung akuter katarrhalischer Verschlimmerungen der latenten fieberlosen Lungentuberkulose zu eignen.

In ihrer Anwendung zur Beförderung der Wundheilung hat die Höhensonne während des Krieges ja wahre Triumphe gefeiert, und jeder, der damit gearbeitet hat, wird diese günstige Einwirkung im allgemeinen bestätigen können. Aber auch hier sind der Heilwirkung der Ultraviolettstrahlen Grenzen gezogen, und es gibt doch Fälle, wo die im reinen Höhensonnenlichte fehlenden Lichtwärmestrahlen zur Beförderung der Heilung von Wunden und von Ulzerationen nicht entbehrt werden können. Das trifft z. B. zu bei Wunden, die sich unter der Quarzlichtbestrahlung gereinigt haben und deren Schließung dann unter der Einwirkung von Lichtwärmestrahlen schneller vor sich geht, als wenn wir bei der Höhensonne allein bleiben. Ebenso reagieren nicht selten von vornherein manche Formen von Ulzerationen (z. B. das mal perforant oder schlecht heilende Inzisionswunden nach Osteomyolitisoperationen) besser auf die Lichtwärmestrahlen eines Bogenlicht-Scheinwerfers oder auch auf eine reine Hitzebehandlung durch die Föndusche oder Dampfdusche als auf die reine Ultraviolettbestrahlung. Es ist deshalb, wenn man sonstige Lichtquellen nicht zur Hand hat, sicherlich bei der Lichtbehandlung von Wunden häufig empfehlenswert, mit den Ultraviolettstrahlen die Lichtwärmestrahlen zu kombinieren, sei es, durch gleichzeitige Anwendung der sog. Sollux-Ergänzungslampe oder durch Verwendung der Siemens-Aureollampe. Die letztere enthält sowohl die chemisch wirksamen wie die mehr langwelligen Strahlen des Spektrums, und sie ist qualitativ der natürlichen Sonne ähnlicher als die Höhensonne.

Auf die Gefahr hin, hier Widerspruch zu finden, möchte ich auch darauf hinweisen, daß zur Bekämpfung lokaler vasomotorischer Störungen, Erfrierungen, Raynaud'scher Krankheit oder sonstiger Gangrän sich die Lichtquellen, welche Lichtwärmestrahlen enthalten, entschieden besser bewährt haben als die reinen Ultraviolettstrahlen der Höhensonne. Zur Vermeidung von Enttäuschungen müß man sich das bei der Indikationsstellung der Höhensonnenbehandlung vor Augen halten.

Dasselbe gilt meiner Erfahrung nach für die Behandlung von Neuralgien und rheumatischen Prozessen mit der Höhensonne. Es liegen in dieser Hinsicht in der Literatur günstige Erfahrungen vor; bei der großen Popularität, deren sich die Höhensonne in Patientenkreisen allenthalben erfreut, wird die Behandlung derartiger schmerzhafter Erkrankungen mit dem Quarzlicht oft geradezu gefordert. Dank der Suggestivkraft, die ein solches Vertrauen ausübt, sind denn auch bei Neuralgien und Myalgien auf rein nervös-funktioneller Grundlage die Erfolge oft recht gute; ebenso beobachtet man eine günstige Einwirkung bei derartigen schmerzhaften Symptomen, wenn sie auf Anämie, Grippe oder auf Erschöpfungszuständen beruhen. Bei echten Neuralgien und rheumatischen Erkrankungen dürften aber doch unseren Erfahrungen nach die mit der Höhensonne erzielten Resultate denjenigen nachstehen, die man mit Bestrahlung mittels Glühlampen, Bogenlichtscheinwerfern, der Siemens-Aureollampe und sonstigen Lichtquellen erzielt, welche zugleich Lichtwärmestrahlen enthalten.

Auf dem Gebiete der Hautkrankheiten gilt unter anderem als beliebte Indikation für die Höhensonnenbehandlung das Hautjucken auf nervöser oder organischer Grundlage. Ich stimme aber mit Thedering überein, daß die Resultate hier unsicher sind. Mit blauer Bogenlichtbestrahlung, Hochfrequenzströmen und vor allem mit der Röntgenbestrahlung kommt man hier meist weiter. Die Behandlung des Haarausfalls mit der Höhensonne ist ebenfalls eine sehr populäre Indikation, und zweifellos leistet das Quarzlicht bei manchen Formen der Alopezie Vorzügliches. Aber auch hier gibt es Grenzen für seine Leistungsfähigkeit. So läßt sich der Haarausfall nach Grippe, der an sich ja prognostisch günstig ist, durch die Höhensonnenbestrahlung kaum aufhalten, weil bei seinem Einsetzen die Haarschäfte infolge der monatelang zurückliegenden Krankheit bereits abgestorben sind. Und auch bei der diffusen Kahlköpfigkeit wird man, sofern dieselbe nicht besondere konstitutionelle Ursachen hat, häufig Enttäuschungen erleben.

Ich möchte Sie nicht mit weiteren Beispielen ermüden. Der Zweck dieser Ausführungen war nur, zu zeigen, daß auch die Höhensonnenbehandlung keine Panacee ist und daß sie sonstige therapeutische Maßnahmen, insbesondere auch die Benutzung anderer natürlicher oder künstlicher Lichtquellen nicht überflüssig gemacht hat. Sie bildet trotzdem eine ungemein wichtige Bereicherung unseres physikalischen Heilschatzes; das beweisen die großen Erfolge auf dem Gebiete der konstitutionellen Erkrankungen, der Anämie, der Rachitis, der Tuberkulose, vieler Hautkrankheiten, der Wundbehandlung, und, was nicht zu vergessen ist, die günstigen Einwirkungen auch bei vielen nichttuberkulösen infektiösen Prozessen. Daß dieses Heilverfahren, das genaue Indikationsstellung und Dosierung erfordert und das keineswegs indifferent in seinen Wirkungen ist, nur von der Hand des Arztes angewandt werden darf, brauche ich in diesem Kreise ja kaum zu betonen.*)

*) Wie weit neue Versuche von Levy und Gossul über eine direkte Tiefenwirkung des ultravioletten Lichtes bei Mäusen auf die Verhältnisse beim Menschen zutreffen, steht noch dahin. (Anmerkung bei der Korrektur.)

II. Referate.

Prof. Dr. **Ernst Heilner** (München): **Affinitätskrankheiten und lokaler Gewebsschutz (Affinitätsschutz). — Die kausale Behandlung der Arteriosklerose mit meinem Gefäßpräparat.** (Münchener medizinische Wochenschrift, 1920, Nr. 18.)

Im Jahre 1916 hat Verfasser eine neue kausale Behandlung der Gicht und der Gelenkerkrankungen mit seinem Knorpelpräparat Sanarthrit angegeben und seine Theorie von den Affinitätskrankheiten und dem lokalen Gewebsschutz begründet. In ähnlicher Weise gibt er jetzt eine kausale Therapie der Arteriosklerose an. Er sieht als Grundursache der Arteriosklerose das Versagen des lokalen Gewebsschutzes der Gefäßwand und das Eindringen bestimmter, sonst abgehaltener Affinitätsträger an. Das Mittel, das er gegen die Arteriosklerose angibt und das er aus der Gefäßwand gewinnt, wird intravenös injiziert, und zwar macht er 6—10 Wochen lang wöchentlich je 2 Injektionen. Das Mittel wird vom Luitpoldwerk in München in Ampullen von 1 ccm Inhalt abgegeben; es macht im Gegensatz zu Sanarthrit keine Reaktionen in Form von Temperatursteigerungen. Es wäre zu wünschen, wenn recht bald Nachprüfungen des Mittels vorgenommen würden und die günstigen Erfahrungen des Verfassers sich bestätigten, zumal da er selbst in schweren Fällen von Arteriosklerose mit sehr hohem Blutdruck recht gute Erfolge erzielt hat. Hh.

Dr. **William Held** (Chicago): **Eine neue Serumbehandlung der Epilepsie.** (Vortrag in der Berl. mediz. Gesellschaft, Berl. klin Wochenschrift 1920, Nr. 6.)

Nach Verfasser handelt es sich bei der Epilepsie um spezifische epileptogene Hämotoxine, welche im Blute kreisen und ihre Entstehung einer „inharmonischen" Funktion der endokrinen Drüsen verdanken. Auf diese Theorie gründet sich die von H. empfohlene Serumbehandlung der Epilepsie. Er entnimmt den Patienten 10—20 ccm Blut aus der Vena basilica, welches er zentrifugiert und dann Kaninchen intravenös (in die Ohrvene) einspritzt. Von den behandelten Tieren entnimmt man Serum und Drüsensubstanz, welche dann den Kranken subkutan und auch per os beigebracht werden. Im allgemeinen macht man in der Woche eine Einspritzung. Auf die Einspritzung folgt eine Reaktion, die vom leichten Unwohlsein bis zum vermehrten und verstärkten Auftreten von Anfällen variiert. In den erfolgreichen Fällen werden dann die Anfälle immer seltener und schwächer, auch zeigt sich eine günstige Beeinflussung des psychischen Status. Bei 400 mit Serum behandelten Fällen hat H. in 70 Prozent ein günstiges Resultat erzielt.

Dr. **Fr. Kaiser** (Halle a. S.): **Die Anwendung von Tebelon bei mykotischen Entzündungen und Eiterungen.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 3.)

Verfasser prüfte in der chirurgischen Universitätsklinik Halle das von Stoeltzner in die Therapie eingeführte Tebelon (Isobutylester der Oelsäure) hinsichtlich der Wirkung auf Infektionen mit Staphylokokken und Streptokokken. Es wurde täglich 1 ccm eingespritzt bis zur klinisch ersichtlichen Wirkung, über 7—8 Injektionen wurde nicht hinausgegangen. Keine Wirkung übte Tebelon aus bei Sehnenscheidenentzündungen, Panaritium ossale, Osteomyelitis und Sepsis, zweifelhaft blieb der Erfolg bei Abszessen, infizierten Wunden, Thrombophlebitis, Karbunkel, Gesichtsfurunkel. Dagegen war bei Lymphangitis und Lymphadenitis, allgemeiner Furunkulose und Schweißdrüsenentzündungen eine ausgesprochen günstige Wirkung des Tebelons unverkennbar. Die Lymphdrüsenentzündungen bildeten sich ohne Vereiterung zurück; die Furunkulosen und Schweißdrüsenentzündungen heilten nach Tebeloneinspritzung in kurzer Zeit, oft in 3—5 Tagen. Allerdings schützt Tebelon nicht vor Rezidiven.

Erich Leschke (Berlin): **Die Chemotherapie septischer Erkrankungen mit Silberfarbstoffverbindungen.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 4.)

Verfasser hat in einigen Fällen von septischen Erkrankungen mit teilweise günstigem Erfolg Silberfarbstoffverbindungen intravenös angewendet, und zwar zunächst Argochrom, eine Methylblausilberverbindung, in Mengen von 0,1 resp. 0,2 (10 bzw. 20 ccm), später Argoflavin, eine Verbindung von Trypaflavin mit Silber (0,05 in 20 ccm Wasser gelöst). Von dieser Lösung gibt man nach Verf. 2 mal täglich 40 ccm intravenös. L. berichtet über einige geheilte Fälle (Endocarditis lenta, septische Endokarditis der Mitralklappen, puerperale Sepsis).

Prof. Dr. **Lothar Dreyer** (Breslau): **Neues einfaches Operationsverfahren bei der habituellen und chronischen Patellarluxation.** (Deutsche medizinische Wochenschrift 1920, Nr. 18.)

Es sind in der Literatur etwa 47 Operationsmethoden gegen dieses lästige Uebel angegeben, die aber alle den Nachteil haben, daß sie recht kompliziert sind. Verf. gibt nun ein einfacheres Verfahren an, das recht gute Resultate gezeigt hat. Es entspricht den Anforderungen, die man an diese Operation stellt, möglichst einfach zu sein, den Zug der die Patella luxierenden Fasern des Vastus externus auszuschalten und einen die Kniescheibe nach innen zwingenden aktiven Muskelzug herzustellen. Die Technik ist folgende: Nach einem äußeren Längsschnitt dicht neben der Kniescheibe wird die sehnige Ausstrahlung des Tractus ileotibialis und Vastus lateralis außen an der Patella durchtrennt. Dann werden die Fasern des Vastus externus, welche die Patella durch ihren Zug nach außen luxieren, etwa 7 cm oberhalb der Kniescheibe quer durchschnitten und in Form eines Zipfels abgespalten. Der so an der Patella gebildete äußere Sehnenzipfel wird nach Anlegung eines zweiten Schnittes an der medialen Seite der Kniescheibe mittels einer Kornzange unmittelbar unter der Sehne des Rectus femoris nach innen geführt und hier unter entsprechender Spannung mit dem Vastus medialis vernäht, so daß also jetzt bei jeder Anspannung des Quadriceps die Patella nach innen gezogen werden muß. Außerdem wird die erschlaffte Gelenkkapsel an der Innenseite gerafft. Nach der Wundheilung müssen bald Massage und Bewegungsübungen vorgenommen werden. —

Der nach dieser Methode vom Verf. vor 3 Jahren operierte Fall hat bis jetzt einen guten Erfolg nach jeder Richtung hin gezeigt. Hh.

Privatdozent Dr. **Lehmann** und Dr. **Scheven** (Rostock): **Zur Dauerheilung des operierten und prophylaktisch bestrahlten Mammakarzinoms.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1920, April.)

Auf Grund ihrer Erfahrungen in der Chirurgischen Universitätsklinik von Rostock (GR. Prof. Müller) kommen die Verfasser für die Behandlung des Mammakarzinoms zu folgenden Regeln: Nach der Radikaloperation ist die prophylaktische Bestrahlung geboten, die nach 10 bis 14 Tagen einsetzen soll; anfangs soll der Intervall der Bestrahlungen 3—4 mal 14 Tage betragen, dann 3—4 Wochen. Die Dauer dieser Behandlung hat sich auf ein Jahr zu erstrecken; darauf tritt eine Pause von 3—4 Monaten ein. Wenn ein Rezidiv eintritt, dann hat die Bestrahlung wieder einzusetzen; bleibt das Rezidiv aus, dann soll man nach dieser Pause wieder 6 Bestrahlungen vornehmen und den Erfolg bis mindestens zu Ende des dritten Jahres kontrollieren. Hh.

Privatdozent Dr. **Thelemann** (Königsberg): **Röntgenbestrahlung bei Mammakarzinomen.** (Münchener medizinische Wochenschrift 1920, Nr. 17.)

Verfasser hat bei einer größeren Reihe von Fällen mit der Röntgenbestrahlung bei Mammakarzinomen recht gute Erfolge erzielt. Trotzdem hält er es für verfrüht, von dem „Sieg der Röntgenstrahlen über den Brustkrebs" zu sprechen. Ebenso wenig hält er es für berechtigt, aus diesen Erfolgen die Indikation zur alleinigen Strahlenbehandlung der Mammakarzinome herzuleiten. Vielmehr müssen nach wie vor alle operabeln Fälle so früh wie möglich radikal operiert werden, schon weil es Brustdrüsenkrebse gibt, die der Strahlenbehandlung verhältnismäßig wenig zugänglich sind. Auch bei inoperablen Fällen ist die Kombination von chirurgischer und Strahlenbehandlung als bestes Verfahren zu empfehlen. Hh.

Privatdozent Dr. **P. Lindig** (Freiburg i. Br.): **Erwägungen über die zeitliche Begrenzung der Nachgeburtsperiode.** (Zentralblatt für Gynäkologie, 1920, Nr. 17.)

Bei starken Blutungen ist die Nachgeburt natürlich schnell zu entfernen. Wenn aber die Nachgeburt zurückbleibt und keine erheblichen Blutungen ihre rasche Entfernung erfordern, soll man entgegen der heute vorherrschenden Auffassung mit der manuellen Entfernung der Plazenta lieber etwas warten, da doch der manuelle Eingriff immer gewisse Gefahren mit sich bringt. Daß die Plazenta längere Zeit in der Gebärmutter zurückbleiben kann, beweist wieder ein vom Verfasser in der Universitätsfrauenklinik zu Freiburg i. Br. (GR. Prof. Opitz) beobachteter Fall, wo die Plazenta 14 Tage im Uterus zurückgeblieben war und erst dann Beschwerden verursachte. Sie konnte durch Expression entfernt werden. Die Literatur gibt 12 Fälle an, in denen die Nachgeburt nach 3 bis 9 Tagen spontan ausgestoßen wurde, ohne die geringsten Störungen zu verursachen. Außerdem ist eine große Zahl von Fällen bekannt, in denen die Plazenta zurückgehalten und erst nach einiger Zeit, bis zu 6 Monaten entfernt wurde. Die Gefahr der Infektion nach früh erfolgender manueller Plazentarlösung ist sicher größer als das Abwarten und längere Zurückhalten der Plazenta im Uterus. rs.

Dr. **Missler** (Gießen): **Die Behandlung fieberhafter Aborte und ihre Resultate.** (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 82, Heft 2.)

Die Ergebnisse der Untersuchungen des Verfassers in der Universitäts-Frauenklinik (Prof. v. Jaschke) in Gießen lassen sich dahin zusammenfassen: Es liegt keine Berechtigung vor, die Ausräumung nur von dem Vorhandensein und Fehlen der hämolytischen Streptokokken abhängig zu machen,

wie Winter fordert. Es besteht allgemeine Uebereinstimmung in der Forderung des streng konservativen Verfahrens, solange noch die Aussicht vorliegt, die Schwangerschaft zu erhalten, ferner in der Forderung der Vermeidung der Ausräumung bei Gonorrhoe oder einer Miterkrankung der Umgebung des Uterus und schließlich in der Forderung der Behandlung nach chirurgischen Grundsätzen bei allgemeiner Peritonitis oder Abszeßbildung und Ablehnung der Kornzange als eines gefährlichen Instrumentes. Die aktive Behandlung hat schlechtere Resultate ergeben als die exspektative und konservative Behandlung. Zur Feststellung des Fiebers genügt nicht eine einzige Messung; vielmehr müssen wiederholte Temperaturmessungen vorgenommen werden. Die Entfieberung vorher fiebernder Fälle erlaubt die Ausräumung ohne Rücksicht auf den bakteriologischen Befund. Bei Bettruhe erfolgt die Entfieberung durchschnittlich nach 2½ Tagen, kann also auch in der Allgemeinpraxis ohne große Schwierigkeit abgewartet werden. Die Beobachtung der Entfieberung hat gegenüber der bakteriellen Untersuchung den Vorzug, daß sie der praktische Arzt mit seinen Hilfsmitteln selbst ausführen kann. rs.

Prof. **P. G. Unna** (Hamburg): **Pepsin zur äußerlichen Behandlung von epidermalen, kutanen und subkutanen Krankheitsprozessen.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 4.)

Nach Verfasser kann man die verdauende Kraft des Pepsins zur Behandlung von Hautaffektionen verwerten, da nicht, wie man früher glaubte, die Hornschicht ganz unverdaulich ist, sondern partieller Verdauung unterliegt. Nur die äußere Hülle der Hornzellen ist ganz unverdaulich; der Inhalt der Zellen dagegen besteht aus einem schwer und einem leicht verdaulichen Anteil. U. empfiehlt folgende Formel: Pepsin 2, Acid. hydrochlor. 1, Acid. carbol. 1, Aq. destill. ad 200. Mit dieser Flüssigkeit werden Mull- oder Wattestücke angefeuchtet, und auf der zu behandelnden Hautstelle, mit Guttaperchapapier oder Billrothbatist bedeckt, befestigt. Angezeigt ist diese Behandlung bei Narben und Narbenkeloiden, bei hartem Schanker, wenn die fibröse Beschaffenheit desselben nach der spezifischen Behandlung nicht sofort schwindet. Ferner bei Lymphdrüsentumoren irgendwelcher Art, welche nicht schon von selbst erweichen und abszedieren, bei Granulationsgewebe im allgemeinen, Geschwüren und Fisteln, endlich bei Hyperkeratosen und Keratomen. In zweiter Linie kann man die Verdauungsflüssigkeit auch dazu benutzen, anderen Medikamenten den Transport durch die durchgängig gewordene Hornschicht der Haut zu ermöglichen.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Balneologische Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

Dr. Eugen Faber wurde 1874 in Mannheim geboren, studierte von 1893 bis 1900 in Tübingen, Freiburg, München und Erlangen, war nach Vollendung seiner Studien zunächst an verschiedenen Krankenhäusern tätig und ließ sich zuerst in Wildbad als Badearzt nieder, um nach dreijähriger Tätigkeit die Stelle des dirigierenden Badearztes am Kurhaus Mergentheim zu übernehmen, die er bis 1913 behielt. Darauf machte er eine Reise als Schiffsarzt des Norddeutschen Lloyd nach dem persischen Golf und holte sich dort eine schwere Krankheit, die vermutlich auch die Ursache seines Todes war. Von Kriegsbeginn an in dem Reservelazarett zu Heilbronn tätig, starb er im Herbst 1914 an einem Herzschlag. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er mehrere Jahre als Mitglied an.

Sanitätsrat Dr. Heinrich Determeyer wurde am 5. August 1863 zu Ibbenbüren in Westfalen geboren, arbeitete zunächst 4 Jahre im Verwaltungswesen, studierte dann in Greifswald, Kiel und Leipzig Medizin, promovierte 1890 und legte in demselben Jahr sein Staatsexamen ab. Nach 2jähriger Tätigkeit als Assistenzarzt am Hedwigskrankenhaus zu Berlin wurde er 1893 fürstlicher Brunnenarzt in Salzbrunn. 1914 kam er als Stabsarzt an das Reservelazarett Frankenstein in Schlesien, wo er sich eine Infektion zuzog, der er am 12. Januar 1915 in Breslau erlag. Seine wissenschaftlichen Arbeiten umfaßten zumeist die Balneotherapie der Stoffwechselerkrankungen. Determeyer war viele Jahre lang ein eifriges Mitglied der Balneologischen Gesellschaft.

Dr. Theo Groedel wurde am 11. Juli 1878 zu Bad Nauheim geboren, studierte in Tübingen, Heidelberg und München und bestand hier sein Staatsexamen. 1902 ließ er sich in Bad Nauheim als Badearzt nieder und war während der Winter in verschiedenen Kliniken in Berlin (II. Medizinische Klinik unter Kraus, und Hydrotherapeutische Anstalt unter Brieger) und Wien, sowie London tätig. Bei der Mobilmachung als Stabsarzt ins Feld ausgerückt, fiel er am 28. Januar 1915 bei Laon durch einen Granatvolltreffer. Er veröffentlichte zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten aus der Balneotherapie der Herzkrankheiten und über Elektrokardiographie. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er viele Jahre als Mitglied an.

Hofrat Professor Dr. Georg Cornet wurde am 27. Juli 1858 zu Eichstädt in Bayern geboren. Er studierte in München, wurde hier 1882 Assistent an der Dermatologischen Klinik unter Posselt, 1883 an der Medizinischen Klinik unter Ziemssen. Darauf machte er eine Studienreise durch die italienischen und südfranzösischen Kurorte und wurde 1885 Assistent von Brehmer in Görbersdorf. Später arbeitete er unter Robert Koch und siedelte mit ihm 1891 in das neugegründete Institut für Infektionskrankheiten über. Seit 1886 praktizierte er während der Sommermonate als Badearzt in Reichenhall. Seine Arbeiten und Forschungen auf dem Gebiet der Tuberkulose und deren Prophylaxe sind allgemein als grundlegend anerkannt. In dem Krieg 1914 war Cornet einer der Ersten, der sich mit der Erforschung der Fleckfieberseuche beschäftigte, und fiel als Opfer dieser Forschungen am 26. März 1915. Die Wissenschaft hat in Cornet einen ihrer besten Vertreter verloren. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit 1888 als Mitglied an.

Sanitätsrat Dr. Paul-Edgar Pfeffer wurde am 29. März 1858 zu Alt-Landsberg in der Mark geboren, studierte auf der Kaiser Wilhelm-Akademie in Berlin und war zunächst Militärarzt. Nach allgemeiner Praxis in Oppeln und auf Amrum kam er im Jahre 1897 nach Oeynhausen. Gleich zu Beginn des Krieges ging er ins Feld und starb am 8. Mai 1915 als Chefarzt eines Feldlazaretts in Repenye in den Karpathen. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er viele Jahre als Mitglied an.

Geheimer Sanitätsrat Dr. Heinrich Schenk wurde am 17. Juli 1852 zu Weimar geboren, besuchte daselbst das Gymnasium, das er 1871 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Dem Wunsch seiner Eltern folgend, schlug er zunächst die kaufmännische Laufbahn in einem Handelshause in Bremen ein. Doch schon nach kurzer Zeit wandte er sich der Medizin zu und studierte in Jena, Breslau und Würzburg. 1876 promovierte er in Jena und legte hier sein Staatsexamen ab. 1878 ließ er sich als Arzt in Bad Sulza nieder, dessen Blühen und Gedeihen sein ganzes Streben galt. Von 1907 bis 1913 war er Vorsitzender des Thüringer Bäderverbandes, bis ihm die Kraft gebrach, die Pflichten dieses Amtes weiter auf sich zu nehmen. Am 13. Juni 1915 beschloß er nach längerem Leiden an Arteriosklerose sein arbeitsreiches Leben. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er lange Zeit als Mitglied an und hat sich für deren Arbeiten stets lebhaft interessiert.

Sanitätsrat Dr. Eugen Mann wurde am 12. September 1860 in Liegnitz geboren. Er studierte in Greifswald, wo er 1865 seine Approbation erhielt und promovierte. 1889 ließ er sich als Badearzt in Landeck nieder, wurde gleichzeitig Kommunalarzt und war lange Zeit Mitglied des Magistrats. Bei Ausbruch des Krieges tat er als Stabsarzt in den ersten Monaten Dienst in einem Kriegslazarett, kehrte im Dezember 1914 wegen Erkrankung in die Heimat zurück und übernahm dann als Oberstabsarzt die chefärztliche Leitung des Garnisonlazaretts Trebnitz. Hier starb er nach kurzem Krankenlager an einer schweren Magenblutung am 5. Juli 1915. Mann hat sich um das Aufblühen von Landeck rege bemüht und große Verdienste erworben. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit 1898 als Mitglied an.

Sanitätsrat Richard Kloidt wurde 1862 zu Berlin geboren und erhielt seine ärztliche Ausbildung auf der Kaiser Wilhelm-Akademie zu Berlin. Nach der Staatsprüfung als Unterarzt tätig, mußte er wegen einer Lungenerkrankung den militärärztlichen Dienst aufgeben, wurde Assistent der Lungenheilanstalt von Brehmer in Görbersdorf und ließ sich dann als Arzt in Schreiberhau im Riesengebirge nieder. Hier erwarb er sich bald einen umfangreichen Wirkungskreis, und sein Eintreten in Wort und Schrift für diesen Ort trug viel zu dessen Aufblühen und zur Förderung der Luftkurorte überhaupt bei. Er war eine kraftvolle Persönlichkeit, deren Einfluß dem ganzen Riesengebirgsgau zugute kam. Kloidt starb 1915, nachdem er sich auf einer Reise an das Krankenlager des verwundeten Sohnes den Todeskeim geholt hatte. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit vielen Jahren als eifriges Mitglied an.

Geheimer Sanitätsrat Dr. Ignaz Beissel wurde am 14. August 1849 in Aachen geboren. Er studierte in Bonn und Würzburg und ließ sich in Aachen als Arzt nieder. Lange Jahre war er königlicher Badeinspektor und Stadtverordneter der Stadt Aachen. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten erstreckten sich auf die Bedeutung Aachens als Kurort, die das Bad wesentlich förderten. Er starb am 31. Juli 1916 in Aachen. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit 1897 als Mitglied an und hat sich an deren Arbeiten wesentlich beteiligt. Besonders verdient gemacht hat er sich um das Zustandekommen des wohlgelungenen Balneologen-Kongresses in Aachen.

Geheimer Hofrat Dr. Adolf Seebohm wurde am 17. April 1831 zu Bad Pyrmont geboren, studierte in Göttingen Medizin und ließ sich bald nach seinem Staatsexamen in Pyrmont als Badearzt nieder, wo er 55 Jahre lang eine rege Tätigkeit entfaltete. 1907 gab er allmählich wegen chronischer Erkrankung seine Praxis auf, bis ihn im Dezember 1916 der Tod von seinem qualvollen Leiden erlöste. Seine große wissenschaftliche Tätigkeit erstreckte sich in der Hauptsache auf das Gebiet der Balneotherapie der Herzkrankheiten. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit deren Begründung als eifriges Mitglied an.

Dr. Walter Rein wurde am 13. September 1870 in Seiffen im Erzgebirge geboren. Er studierte in Leipzig und Jena und ließ sich im Jahre 1895 in Gottleuba als Arzt nieder. Einige Jahre vor dem Kriege begründete er hier eine Klinik, in der hauptsächlich Gynäkologie und physikalische Therapie pflegte. Um das Aufblühen von Gottleuba hat er sich große Verdienste erworben. Er starb im Sommer 1915. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit längerer Zeit als Mitglied an und nahm an deren Versammlungen regen Anteil.

Dr. Richard Jung wurde im Jahre 1873 im Kreise Leobschütz in Schlesien geboren. Er besuchte das Gymnasium dieser Stadt und studierte in Breslau und Erlangen, wo er 1897 die Staatsprüfung ablegte. Nach einer längeren Tätigkeit als Assistent an der Hebammenlehranstalt und der Frauenklinik in Oppeln ließ er sich hier als Arzt nieder und siedelte 1911 nach Flinsberg über, wo er am 25. Februar 1917 einer längeren Krankheit erlag. Er war ein liebenswürdiger Arzt und sehr angenehmer Kollege. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit dem Jahre 1909 an.

Dr. Maurus Fisch wurde am 17. Mai 1874 in Lugos in Südungarn geboren. Er studierte in Wien und Berlin, promovierte im Jahre 1898 in Wien, wo er auch seine Staatsprüfung bestand. 1900 trat er seine Tätigkeit als Kurarzt in Franzensbad an, wo er im Jahre 1913 ein Sanatorium gründete. Am 28. Juli 1914 rückte er am ersten

Mobilmachungstage in Ungarn ein und starb nach vielen Strapazen in Budapest an einer Kriegspsychose. Fisch hat eine größere Reihe fleißiger Arbeiten auf dem Gebiet der Herzkrankheiten veröffentlicht. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit dem Jahre 1901 als ein eifriges Mitglied an und erfreute sich einer allgemeinen Beliebtheit.

Geheimer Sanitätsrat Dr. Waldemar Adam wurde am 19. März 1846 zu Egelsdorf im Kreise Löwenberg in Schlesien geboren. Er besuchte das Gymnasium zu Hirschberg und studierte in den Jahren 1864 bis 1869 in Breslau und Greifswald, wo er auch promovierte und seine Staatsprüfung ablegte. Bald nachher ließ er sich in Friedeberg am Queiß als Arzt nieder und wurde 1870 in Flinsberg als Badearzt angestellt. In diesem Ort entwickelte er bald eine außerordentlich umfassende Tätigkeit und förderte ihn erfolgreich durch Wort und Schrift. Als Mitbegründer des Schlesischen Bädertages und später als dessen stellvertretender Vorsitzender, trat er vielfach in der Oeffentlichkeit hervor. Er starb am 9. März 1918, fast 72 Jahre alt, zu Friedeberg am Queiß, bis zu seinem letzten Atemzug in treuer ärztlicher Pflichterfüllung. An den Arbeiten der Balneologischen Gesellschaft hat er von deren Gründung an regen Anteil genommen.

Dr. Jacob Maciejewski wurde am 16. Juli 1858 zu Wlosienica in Westpreußen geboren, studierte in Berlin und Würzburg, wo er promovierte und die Approbation erhielt. Seine erste Praxis war in Mogilno in Posen, von wo er 1904 nach Bad Kissingen übersiedelte und 1907 ein Sanatorium gründete. Von Anfang 1915 an war er in verschiedenen Lazarettzügen als Arzt tätig. Im Mai 1918 erkrankte er im Balkan an einer Dysenterie und starb am 25. Juni 1916 plötzlich an einem Herzschlag in seinem Sanatorium zu Bad Kissingen. Er war ein unter seinen Kollegen allgemein beliebter und bei seiner großen Klientel recht geschätzter Arzt. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit 1912 als Mitglied an.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. Von Dr. med. **J. Sobotta,** o. Professor der Anatomie zu Bonn. III. Abteilung: Das Nerven- und Gefäßsystem und die Sinnesorgane des Menschen, nebst einem Anhang: Das Lymphgefäßsystem des Menschen. 3. Auflage. J. F. Lehmanns Verlag 1920. M. 56.

Mit der vorliegenden dritten Abteilung ist die neue Auflage des trefflichen Sobotta'schen Atlas zum Abschluß gelangt. Nennenswerte Aenderungen gegenüber der vorigen Auflage wurden nicht vorgenommen. Für die Reichhaltigkeit des Gebotenen spricht die Zahl der Bilder: 148 farbige und 128 schwarze Abbildungen auf Tafeln, sowie 64 zum Teil farbige Figuren im Text. Die Ausführung der Bilder ist tadellos, auch die sonstige Ausstattung des Werkes (Papier usw.) ist eine angemessene, der Preis unter Berücksichtigung der immer noch steigenden Herstellungskosten nicht zu hoch. So wird auch der neuen Auflage des Atlas der verdiente Erfolg nicht fehlen. R. L.

Gehes Arzneipflanzenkarten, 11 Folgen zu 6 Karten. Jede Folge zu M. 1,50, auf Büttenpapier zu M. 2,80. — Verlag Gehe & Co., Chemische Fabrik, Dresden-N.

Ein großes Verdienst hat sich die Chemische Fabrik Gehe & Co. in Dresden-N. durch die Herausgabe der Arzneipflanzenkarten in farbigen Naturaufnahmen zu so außerordentlich geringen Preisen erworben. Trotz der enormen Schwierigkeiten im Druckgewerbe, von denen sich die wenigsten Leser eine Vorstellung machen, ist vor kurzem die 11. Folge zu je 6 Karten erschienen. Die Sammlung wird in regelmäßigen Abständen fortgesetzt.

In den Kreisen der Aerzte und namentlich der Landärzte sollte die Kultur und der Anbau der Arzneipflanzen ausgiebiger betrieben werden, nicht nur um das Interesse an pharmakologischen Studien zu fördern, sondern auch im eigensten wirtschaftlichen Interesse der Landärzte, denen ein Zuschuß zu ihrem Einkommen recht erwünscht sein dürfte. In der Pharmazeutischen Zentralhalle 1920, Nr. 21, betont Hanns Fischer in einer durchweg lesenswerten Abhandlung die Notwendigkeit der Pflege einheimischer Heilkräuter, die in unserer Zeit, in der wir „fast jedes Fleckchen Ackerland zur Erzeugung von Nahrungsmitteln dringend benötigen", ganz gut „an Halden, Hängen, Wäldern, Wiesen, Rainen, Gräben und Unland", wo sie heute wild wachsen, gut angebaut werden können. Wenn wir uns auch damit nicht vom Auslande abhängig machen, so nutzen wir doch Schätze aus, deren Wert nicht verkannt werden sollte. Da heute alle Kräfte benötigt werden, auch die Kinder in der freien Zeit sich in Haus und Hof nützlich machen können, empfiehlt Fischer den Kriegsverletzten und Siedlern ganz besonders die Anpflanzung und Kultur von Heilpflanzen.

Die Annahme, daß wild wachsende Pflanzen eine größere arzneiliche Wirksamkeit entfalten, mag wohl zutreffen, dürfte aber in den Kulturen durch sachverständige und zielbewußte Behandlung des Bodens usw. behoben werden können. Das Beispiel, daß die kultivierten Digitalispflanzen, wie H. H. Meyer gezeigt hat, ebenso kräftige, wirksame Blätter liefern wie die besten wildwachsenden Pflanzen, sollte mehr beherzigt werden und zu weiteren Untersuchungen auf diesem Gebiet anregen. Hhl.

Das Volksbad, seine Einrichtungen und sein Betrieb. Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder in Berlin. Berlin, 1919, Julius Springer. 104 Seiten, Preis 6.— M.

Die rührige Deutsche Gesellschaft für Volksbäder hat sich mit der Herausgabe des vorliegenden Buches ein besonderes Verdienst erworben. Gerade jetzt, wo es gilt, die geschwächte Kraft und Gesundheit unseres Volkes nach Möglichkeit zu fördern und die gesunkene Hygiene in unserem Vaterlande wieder auf das alte, vorbildliche Niveau zu bringen, wird die Errichtung neuer Volksbadeanstalten sich vielerorts geradezu als eine zwingende Notwendigkeit erweisen.

Das vorliegende Buch gibt in klarer Uebersicht bei vorzüglicher Ausstattung ausgezeichnete Belehrungen und Ratschläge über die Art und Kosten der Anlage und des Betriebes der Bäder im Freien sowie in geschlossenen Räumen für die verschiedensten Zwecke, und zwar für Wohnungen, Fabriken, Schulen, Strafanstalten usw.

Dem Buch ist ein vorzügliches Bild von Prof. O. Lassar beigegeben, dem verdienstvollen Begründer der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder, dem für diese Kulturtat der Dank der Nation gebührt; es verdient die weiteste Beachtung der Aerzteschaft. Hirsch.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Daß die auf Grund der letzten Verordnung zur Krankenversicherung seitens der Kassenärzte erfolgte fristlose Kündigung der laufenden Verträge (nach § 626 B. G.) keinen Vertragsbruch darstellt, ist jetzt auch durch Gerichtsurteil festgestellt. In Braunschweig hatten die Kassen den Aerzten öffentlich Vertragsbruch vorgeworfen. Die Aerzte beantragten dagegen beim Landgericht den Erlaß einer einstweiligen Verfügung auf Unterlassung. Das Landgericht Braunschweig gab durch Entscheidung vom 1. Juni dem Antrag statt. Unter Androhung einer Strafe von 1000 M. für jeden Fall wird untersagt, in öffentlichen Bekanntmachungen oder in sonstigen Mitteilungen, die für einen größeren Kreis von Personen bestimmt sind, die Behauptungen aufzustellen: a. die Kündigung der zwischen den Aerzten des Landes Braunschweig und den Krankenkassen bestehenden Verträge seitens der Aerzte sei Vertragsbruch, b. es sei Gesetzesverletzung, daß die Aerzte eigenmächtig gesetzliche Bestimmungen außer Kraft gesetzt hätten, indem sie die gesetzliche Gebührenordnung nicht mehr anerkennen wollen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Privatdozent Prof. Dr. Alfred Grotjahn, der seit 1912 die damals neu errichtete Abteilung für soziale Hygiene an dem hiesigen Universitätsinstitut für Hygiene leitet, wurde zum ordentlichen Professor ernannt. Damit ist das erste Ordinariat für soziale Hygiene an einer deutschen Universität geschaffen. Grotjahn, der jetzt 50 Jahre alt, hat sich nicht nur praktisch, sondern auch literarisch in ausgedehntem Maße auf dem Gebiet der sozialen Hygiene betätigt.

Göttingen. Der bisherige Kieler Privatdozent Dr. Felix Stern erhielt hier die Venia legendi für Psychiatrie.

Frankfurt a. M. Dr. med. et phil. Wegner hat sich für Anatomie habilitiert.

Schleiz. Medizinalrat Dr. Franz, langjähriges Mitglied des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes, starb im Alter von 64 Jahren.

Erlangen. Zum Ordinarius für innere Medizin und Direktor der medizinischen Klinik wurde (als Penzoldt's Nachfolger) Prof. L. R. Müller (Würzburg) ernannt. — Dr. Ewald habilitierte sich für Psychiatrie.

München. Der a. o. Professor Dr. Gustav Klein, Leiter der hiesigen gynäkologischen Universitätspoliklinik, ist im Alter von 58 Jahren gestorben.

Freiburg. Die medizinische Fakultät ernannte den Direktor der zahnärztlichen Universitätspoliklinik Dr. W. Herrenknecht zum Doktor der Zahlheilkunde honoris causa, ferner den ordentlichen Professor der Chemie Dr. Kiliani zum medizinischen Ehrendoktor.

Prag. Die Privatdozenten Dr. Ribl und Dr. Wiener wurden zu außerordentlichen Professoren für allgemeine und experimentelle Pathologie, Privatdozent Dr. Starkenstein zum a. o. Professor für Pharmakologie ernannt.

Wien. Prof. Dr. Richard Kretz, dessen Tod in Nr. 24 berichtet wurde, war von 1907—1910 Ordinarius der pathologischen Anatomie in Prag, von 1910—1913 in Würzburg. Aus Gesundheitsrücksichten hatte er seine Professur niedergelegt und war, ein geborener Deutschösterreicher, nach Wien zurückgekehrt, wo er seine akademische Laufbahn 1897 begonnen hatte; nach seiner Rückkehr war er als Prosektor am Rudolfinerhaus tätig. Er erreichte ein Alter von 55 Jahren.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.


Generated on 2019-07-21 15:15 GMT / http://hdl.handle.net/2027/mdp.39015084566028
Public Domain in the United States / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2: für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

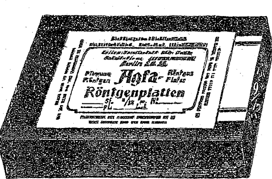
89. Jahrgang Berlin, 3. Juli 1920 No. 27

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

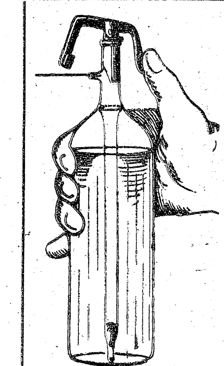
Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes



Chloraethyl Dr. Thilo



Wir empfehlen unser sehr bewährtes System der

Automatischen Standflasche (s. Abbild.).

Conephrin, Novoconephrin

zwei bewährte Injektions-Anästhetika.

Thyangol-Pastillen

gegen Halsbeschwerden, insbesondere Angina.

Sterile Subkutan-Injektionen.

Bezug durch die Apotheken.

Von Chloraethyl können Muster nicht abgegeben werden.

Proben und Literatur durch

Dr. Thilo & Co., Chemische Fabrik, Mainz.

Kein Jodtinktur-Mangel mehr!

Auf Grund eingehender ärztlicher Erprobungen kann das von uns seit Jahren alleinig hergestellte Specialpräparat

„HERPELIBRIN-liquidum"

(ges. gesch.)

als vollwertiger Ersatz für TINKT. JODII

angesehen werden.

Besonders festgestellte Vorzüge des „HERPELIBRIN-liquidum" gegenüber der Tinct. Jodii sind:

I. Absolute Ausschaltung von Reizerscheinungen,
II. Vollkommene Reinlichkeiten bei den Indikationen, da „HERPELIBRIN-liquidum" durch besondere Verfahren farblos gemacht ist,
III. Unbegrenzte Lieferfähigkeiten,
IV. Enorme Billigkeit der Preise gegenüber der heute ständig steigenden Konjunktur und Knappheit des Jodpräparates.

Die Preisnotierungen für „HERPELIBRIN-liquidum" sind:

500 Gr. . . .	Mk. 28.—	incl. Glas und Emballage	Korbfl. à 10 Kilo	Mk. 51.—	per Ko. excl. Glas und Emballage
1000 „ . . .	„ 54.—	„ „ „ „	„ à 25 „	„ 50.—	„ „ „ „ „ „
5000 „ . . .	„ 52.— per Ko.	„ „ „ „	Ballon à 60—70 Kilo .	„ 48.—	„ „ „ „ „ „

Sonderpreise für höhere Quantitäten auf gefl. Anfrage.

„HERPELIBRIN-liquidum" ist durch den pharmaz. Großhandel zu beziehen oder vom alleinigen Fabrikanten

Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate Robert Poenitz, Delmenhorst i. Old.

Telegr.-Adr.: Medikament. Fernruf 487.

Acetonal

Hämorrhoidal-Zäpfchen

vereinigen in sich die adstringierende, antiseptische, granulationsbefördernde Wirkung des Alsols und die analgetische und desinfizierende Wirkung des tert. Trichlorbutylsalicylsäureesters.

Es wird jetzt wieder als Zäpfchenmasse

reine Cacaobutter

mit den bekannten Vorzügen gegenüber den Ersatzmassen verwendet.

Indikationen:

Hämorrhoidal-Leiden, Pruritus ani, Prostatitis, Mastdarmerosionen, Mastdarmtripper der Frau, zur Desinfektion des Anus und der Ampulla recti bei Oxyuren.

Originalschachtel mit 12 Zäpfchen Mk. 8.—

Den Herren Aerzten stehen Literatur und Proben auch von

Athensa, Arsen-Athensa, Liquor-Alsoli 50%, Liquor-Nov-Alsoli, Alsol-Crême, Alsol-Streupulver, Perrheumal, Toramin, Acetonal-Vaginal-Kapseln

jederzeit kostenfrei zur Verfügung durch

Athenstaedt & Redeker, Hemelingen.

ZITTMANNIN

(tabl. 0,3)

Das alte bekannte Decoct. Sarsaparillae compositum (Zittmanni) in moderner, genau dosierter Form.

Eine Nachkur während der Karenzzeit nach vorausgegangener Quecksilber- oder Salvarsan-Behandlung, Beeinflussung der nach Quecksilber auftretenden Störungen (Eczeme, Stomatitis). Dauer der Kur 4 bis 6 Wochen, 3×2 bis 3×4 Tabl. täglich.

Zittmannin kommt in Schachteln zu 40 und 80 Tabletten in den Handel und ist durch alle Apotheken erhältlich. Literatur u. Proben zu Diensten.

Fabrik: SARSA, chem. pharm. G. m. b. H., Berlin 6, Karlstr. 31.





Heilsalbe COMBUSTIN

Gesetzl. geschützt.

ärztlich empfohlen bei

Brandwunden, nässenden Hautausschlägen (Flechten) Unterschenkel- u. Fussgeschwüren im Anschluss an Krampfadern, Wundsein der Haut, auch der kleinen Kinder, aufgesprungener, rissiger Haut, sowie bei allen durch Frost oder sonstige Schädlichkeiten entstandene Hauterkankungen.

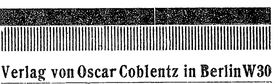
Neueste Literat.: Deutschmann, Allg. Med. Zentr.-Ztg. 1915 Nr. 25. Ollendorf, Klin. Therap. W. 1915 Nr. 52. Spiegel, Medizin. Klinik 1916, Nr. 35. Henseler Süddeutsch. Mediz. Zeitschrift 1919 Nr. 7 Ebeling, Medico 1920 Nr. 5.

Erhältlich in allen Apotheken. Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung

Allein. Hersteller F. Winter Jr. Chem. Fabrik Abt. Pharm. Präparate Fährbrücke i/Sa.







Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W 30

Nachtrag

zur Preuß. Gebühren-Ordnung für Aerzte

v. 7. 8. 18.

M. 3.80

89. Jahrgang **Berlin, 3. Juli 1920** **No. 27**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Pulsbeschleunigung und Pulsverlangsamung als Kriegsfolgen und ihre Bäderbehandlung.

Von Sanitätsrat Dr. **Siebelt**, Bad Flinsberg.

In den ärztlichen Veröffentlichungen über Beobachtung von Krankheitszuständen im Weltkriege nehmen die Erörterungen aus dem Gebiete des Herzens einen breiten Raum ein. Es ist das angesichts der außerordentlich großen körperlichen und seelischen Inanspruchnahme der Kriegsteilnehmer an sich nicht zu verwundern. Wir wissen, daß Arbeit einen unmittelbaren Einfluß auf die Kreislaufsorgane ausübt, der sie sich jeweilen anpassen müssen. Ueberschreitet die Arbeitsleistung ein gewisses Maß, dann kann die Anpassung nicht mehr folgen, und es muß zu mehr oder weniger tiefgehenden Störungen im Betriebe des Gefäßsystems kommen, die sich als dauernde Veränderungen vor allem am Herzen geltend machen. Aehnliches gilt von den seelischen Einflüssen. Diese wirken auf dem Umwege über das Zentralnervensystem auf die Gefäßnerven, zumal Vagus und Sympathikus, und auch hier tritt nach und nach der Zeitpunkt ein, in welchem die ausgleichenden Kräfte zu schwach sind, um dem übermächtigen Ansturm der Eindrücke wirksamen Widerstand leisten zu können. An dem reichen Krankenmateriale, welches uns der Krieg in die Hände lieferte, ließen sich zu ungezählten Malen die Wirkungen der Riesenmärsche und sonstigen Kraftleistungen, sowie andererseits der seelischen Erregungen durch die andauernde Todesgefahr, z. B. im Trommelfeuer, bei Verschüttungen, Mangel an Schlaf u. a. an den Gefäßen nachweisen. Groß ist unter diesen Umständen die Zahl der nervös Zusammengebrochenen geworden, und unter ihnen befinden sich in übergroßer Mehrzahl Leute mit Klagen über Herzbeschwerden, die dem bekannten Bilde der Herzneurose entsprechen, Neurastheniker unter besonderer Beteiligung des Gefäßsystems.

Als äußerer Ausdruck der Erkrankung ist die dauernde, in der Zahl der Pulsschläge freilich anfallsweise schwankende Pulsbeschleunigung anzusehen, welche einer Steigerung der Herztätigkeit entspricht. Eigentliche Veränderungen am Herzen, so bezüglich der Größe, sind meistens nicht nachzuweisen, obwohl man sie als Ergebnis der Ueberanstrengung des Hersmuskels erwarten sollte. Aehnliches gilt von den Herztönen; während des Anfalls sind allerdings öfter metallische Beiklänge über den Klappen zu hören, doch schwinden diese beim Nachlassen der Spannung wieder, so daß sie nur durch diese hervorgerufen zu sein scheinen und nicht auf Reste etwaiger Herzinnenhautentzündungen zu beziehen sind. Das Wesentliche an diesen Zuständen ist aber die dauernde Erhöhung der Pulsziffer, welche niemals zur gewöhnlichen Zahl von 72 zurückkehrt, sondern immer über diese hinausgeht. Nach O. Bruns [1]) bleibt beim chronischen Tachykardiker auch während des Schlafes die hohe Pulsziffer bestehen zum Unterschiede von vorübergehender, durch Erregung u. dgl. hervorgerufener Pulsbeschleunigung.

Nicht ganz ohne Belang ist das Verhalten des Blutdruckes bei diesen Zuständen. Die Annahme, daß auch er dauernd gesteigert sein dürfte, liegt nahe, indessen ist das durchaus nicht der Fall. Meist liegt er innerhalb der gewöhnlichen Breite von 120—140 mm, oft ist er sogar niedriger, namentlich wenn es sich um Zustände von allgemeiner Schwäche, sogenannte Blutarmut u. ähnl. handelt. Aber auch Erhöhung bis auf 160 mm wurde gelegentlich beobachtet. Dies betraf dann meist Leute in höheren Jahren, ältere Landsturmleute, bei denen der Verdacht auf beginnende Arteriosklerose nicht von der Hand zu weisen war.

Daß neben den erwähnten körperlichen und geistigen Einflüssen, unter denen die Kriegsteilnehmer zu leiden hatten, die an sich gar nicht verkleinert werden sollen, auch noch andere Schädlichkeiten im Spiele waren, ist als ziemlich sicher anzusehen. Die erhebliche Rolle, die dem übermäßigen Tabakgenusse zukommt, habe ich in einer früheren Arbeit geschildert. [2]) Neben dem Nikotin, einem der stärksten Gifte überhaupt, machen sich die im Tabak enthaltenen Pyridinbasen als immerhin kräftige Nervengifte bemerkbar, indem sie auch die Innervation des Gefäßsystems störend beeinflussen. Es kommt zu Steigerungen der Herzbewegung und des Blutdruckes, Erhöhung der durchschnittlichen Körperwärme, Herzklopfen, unregelmäßigem Pulse, Herzschwäche und Atemnot, bis schließlich in äußersten Fällen Fettentartung des Herzmuskels das Endergebnis ist. Der Tabak fand im Kriegsleben so viele Verehrer, weil er eine gewisse anregende Wirkung auf das Nervensystem besitzt, zeitvertreibend wirkt und imstande ist, Hunger- und Durstgefühl für den Augenblick zu unterdrücken. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß seine Giftwirkungen bei leerem Magen um so stärker hervorzutreten pflegen. Denkt man nun daran, daß unter obwaltenden Umständen der Tabakmißbrauch sich vielfach auf jugendliche, des reichlichen Tabakgenusses ungewöhnte Mannschaften erstreckte, so ist leicht ersichtlich, wie die an und für sich schädlichen Einflüsse der körperlichen und seelischen Ueberanstrengung durch das allzu reichlich dagegen angewandte Beruhigungsmittel nicht vermindert, wohl aber ganz erheblich gesteigert werden mußten.

Wie wir uns das Zustandekommen der Pulsbeschleunigung in allen diesen Fällen zu denken haben, ist vorläufig noch nicht klar; wir kommen über allgemeine Vorstellungen von Vaguslähmung oder Sympathikusreizung nicht weit hinaus, da anatomische Befunde nicht zu erheben sind. Die Annahme, daß derartige Verhältnisse im Spiele sind, wird aber durch andere Erscheinungen aus dem Gebiete der vasomotorischen Nerven, die gerade bei den an Pulsbeschleunigung leidenden Kranken häufig beobachtet werden, unterstützt. Erblassen des Gesichts mit Pupillenerweiterung im

Beginne des eigentlichen Anfalls; Rötung mit Pupillenverengerung und Schweißausbruch gegen sein Ende hin sind häufige Begleiterscheinungen. Auch die sogenannte Schreibhaut, welche so ziemlich alle Kranken dieser Gruppe aufweisen, gehört in dieses Gebiet.

Für die Behandlung der Zustände von Herzbeschleunigung gibt uns die Bäderheilkunde manchen recht brauchbaren Behelf. Vor allem übrigen bedürfen die Erkrankten der Ruhe, sowohl der körperlichen wie geistigen, wobei etwaige sonstige Schädlichkeiten, wie Tabak, Alkohol, Kaffee, Ausschreitungen im Geschlechtsverkehr unbedingt zu vermeiden sind. Einfache lauwarme Bäder, die zweckmäßig mit einem aromatischen Zusatze von Fichtennadel- oder Fichtenrindenabkochung versehen werden können, werden fast ausnahmslos gut vertragen, wenn die Wärme 35 ° nicht überschreitet und die Dauer nicht mehr als 25 bis 30 Minuten beträgt. Nach dem Bade ist Bettruhe von mindestens einer Stunde, besser länger, unbedingtes Erfordernis. Ueberhaupt müssen im Laufe des Tages immer wieder Ruhepausen von 1—2 Stunden eingelegt werden. Vorsichtiger Anwendung bedürfen die kohlensauren Bäder, namentlich die schwer abzutönenden künstlichen, wo natürliche nicht zur Verfügung stehen. Künstliche CO_2-Bäder kommen für unsere Kurorte mit natürlichen kohlensauren Quellen freilich überhaupt nicht in Frage. Den Neurosen gegenüber spielen die CO_2-Bäder vielfach die Rolle des zweischneidigen Schwertes, da sie oft mehr anregend wie beruhigend wirken. Namentlich im Anfange der Behandlung werden sie daher besser vermieden. Bezüglich der Moorbäder herrschte bislang die Anschauung, daß sie nur bei örtlichen Kreislaufstörungen zur Verwendung kommen könnten. Diese Meinung vertritt auch noch Külbs in seiner Darstellung der Herz- und Gefäßkrankheiten in Mohr und Stähelins Handbuche, wo er die Moorbäder für angezeigt bei örtlichen Gefäßspasmen erklärt, aber gleich hinzufügt, daß sie bei organischen und nervösen Herzkrankheiten verboten sind. Dasselbe sagt auch Kisch (Moorbad, Eulenb. Realenzyklopd., 3. Aufl., Bd. XIII, S. 385).[16]) Nun hat Leidner in Bad Elster die Frage der Moorbäder in ihren Beziehungen zu Herzkranken neuerdings zum Gegenstande eingehender Erörterungen gemacht.[3]) [4]) [5]) Jener irrigen aber landläufigen „Annahme lag die Tatsache zugrunde, daß man über die völlig verschiedene Wirkungsweise des heißen (über 40 °) und des warmen (34—38°) Moorbades in weiteren Kreisen nicht unterrichtet war". In unserer Gesellschaft haben bereits 1903 Löbel und Steinsberg die Beziehungen der Moorbäder zu den Herzkrankheiten erörtert und mancherlei Aufklärung gebracht. Leidner hat nun noch darauf aufmerksam gemacht, daß kühle Moorbäder in hervorragendem Maße besänftigend auf die Gefäßnerven wirken. Ich will hier auf Einzelheiten nicht eingehen und muß auf die erwähnten Arbeiten verweisen. Mir selbst steht bislang ein größeres Material von mit Moorbädern behandelten Herzneurosen noch nicht zur Verfügung, indessen sind die angestellten Versuche mit dieser Behandlungsform immerhin beachtlich. Nicht unerwähnt will ich lassen, daß die eigentliche Wasserheilkunde, wie die physikalische Behandlung überhaupt, in der Lage ist, mit manchem weiteren Behelfe unsere Maßnahmen zu unterstützen, wie das ja auch erwartet werden kann; indessen liegt ein näheres Eingehen hierauf etwas abseits vom Thema.

Mit zunehmender Kriegsdauer drängte sich mir eine andere Beobachtung am Gefäßsysteme auf, und zwar betraf diese in vorwiegendem Maße die bürgerliche Bevölkerung. Ich fand nämlich unter den mich aufsuchenden Herz- und Gefäßkranken auffälligerweise in steigender Zahl solche mit einer mehr oder minder großen Pulsverlangsamung. Nach Ausweis meiner Aufzeichnungen betrug das Verhältnis in Friedenszeiten ein bis zwei v. H.; im Jahre 1917 stieg es auf zehn bis elf v. H. an, 1918 und 1919 waren es etwa 15 v. H. Einzelheiten über die Beobachtungen von 1917, die sich später wiederholten, finden sich in meiner kleinen Arbeit „Pulsverlangsamung". [6])

Im sonst recht reichlichen Schriftwerke über die Lehre vom Pulse nimmt die Pulsbeschleunigung einen breiten, die Pulsverlangsamung dagegen nur einen ziemlich geringen Raum ein. Es mag das daran liegen, daß die erstere viel häufiger als Begleiterin funktioneller wie organischer Erkrankungen auftritt, ja oft genug alleiniges Krankheitszeichen ist. Immerhin ist es auffällig, daß die Zahl der Beobachter in den letzten Kriegsjahren wächst. Es beweist das wohl, daß das Krankheitszeichen in der Zeit der mangelhaften Ernährung und der durch sie erzeugten Entkräftung häufiger und in die Augen fallender auftrat, als in ruhigen Zeiten. Wir dürfen es also mit Recht wie vieles andere auch als eine Kriegserscheinung verbuchen. Die Veröffentlichungen stimmen alle darin überein, daß Entkräftungszustände bei der Entstehung der Pulsverlangsamung die Hauptrolle spielen. So sah Lorand-Karlsbad [7]) bei Beschränkung der Ernährung Herzstörung und Pulsverlangsamung entstehen. Aehnliches berichtet Forschbach-Breslau [8]), der bei ungenügend ernährten Schwerarbeitern Bradykardie mit einem Puls von 34—36 entstehen sah. Die Körperwärme betrug bei ihnen nur 35,1—35,8 °, es bestand also auch Hypothermie, und endlich war der Hämoglobingehalt des Blutes auf 50—60 % gesunken. Lommel [9]) wieder beobachtete als Begleiterscheinung Herabsetzung des Blutdruckes, Hypotonie, mit Werten von 70—90 mm. Seine Beobachtungen betrafen vielfach Oedemkranke mit Eosinophilie und Hypothermie, welche Ernährungsstörungen und seelischen Einflüssen unterlegen waren. Die Arbeit von H. Schmidt-Prag [10]) endlich setzt die Pulsverlangsamung in Beziehung zu schweren konstitutionellen Erkrankungen wie Tuberkulose, Diabetes, Gicht, Epilepsie, Albuminurie. Auch er fand nicht selten Hypothermie. Daneben liegen noch einige Beobachtungen vor über wirkliche und relative Pulsverlangsamung bei Infektionskrankheiten, wie z. B. von Elsner-Berlin [11]) bezüglich der Influenza.

Meine eigenen Wahrnehmungen lassen den Schluß zu, daß die Pulsverlangsamung im engsten Zusammenhange mit der Ernährung steht. Die Kranken verteilen sich auf alle Lebensalter, wenn auch die höheren Jahrgänge stärker vertreten sind. Es ist das ja aber erklärlich, denn im allgemeinen hat die Jugend das Kriegselend besser überstanden wie das Alter, wie man schon aus dem Verhalten des Körpergewichtes erkennen kann. Verminderungen des Körpergewichtes bis zu zwei Dritteln des ursprünglichen sind gerade bei älteren Leuten keine Seltenheiten gewesen; ebenso unterlagen sie viel mehr den unausbleiblichen seelischen Erschütterungen.

Die Verminderung der Pulszahl überschritt nicht gewisse Grenzen; meist bewegte sie sich zwischen 60 und 40 Schlägen in der Minute. Blutdrucksteigerungen wie Senkungen verteilten sich ziemlich gleichmäßig; Unregelmäßigkeiten fanden sich bei etwa der Hälfte der Kranken, während die andere die üblichen Werte aufwies. Das Krankheitsbild war gewöhnlich das der allgemeinen Schwäche, wie es durch eine erhebliche Blutarmut gekennzeichnet wird, begleitet von allerlei neurasthenischen Beschwerden. Hypothermie war durchaus nicht immer nachweisbar. Bemerkt sei noch, daß auch eigentliche Erkrankungen des Herzens sowohl wie der Gefäße, also Herzfehler und vor allem die Arteriosklerose, keine besondere Rolle in den von mir beobachteten bezüglichen Krankheitsfällen spielen. Erwähnt mag noch sein, daß meine Erfahrungen mit denen von M. Herz[12]) übereinstimmen; Männer sind danach mehr von Bradykardie betroffen als Frauen.

Die Bäderbehandlung der Pulsverlangsamung ist mit wenigen Worten abgetan. In der Form, wie ich sie meist sah, hat sie wenig oder nichts Bedrohliches an sich. Ganz im Gegenteil zur Pulsbeschleunigung macht sie eigentliche heilende Eingriffe, solange sie sich in gewissen Grenzen hält und mehr Begleiterscheinung ist, nicht notwendig. Die Behandlung zerfällt in den Rahmen der Kräftigung des Körpers im allgemeinen und der Stärkung der Herzkraft im besonderen. Lauwarme Bäder, vor allem CO_2-Bäder, werden sich von größtem Vorteil erweisen, da sie durch Verbesserung der Gefälleverhältnisse an der Körperoberfläche im Haargefäßkreislaufe der Haut sehr wesentlich zur Entlastung und somit zur Schonung des Herzens beitragen. Zur medikamentösen Behandlung, z. B. mit Atropin, wie sie Ménétrier vorschlug[13]), lag keine Veranlassung vor.

Treten wir nun zum Schlusse der Frage näher, wie die Veränderungen der Pulsziffer physiologisch zu bewerten sind, dann stoßen wir auf mancherlei Schwierigkeiten in ihrer Erklärung. Als Ursache der Herzbeschleunigung stellen wir uns eine gesteigerte Erregbarkeit des vasomotorischen Nervensystems vor, im besonderen eine Reizung der Herzganglien oder der beschleunigenden Herznerven. Ihre Unterstützung findet diese Auffassung durch die Häufigkeit anderweitiger vasomotorischer Begleiterscheinungen, wie Schreibhaut, Schweißausbrüche u. a., wie schon oben erwähnt. Bei schlimmeren Fällen, wie ich sie im allgemeinen nicht sah, zeigen sich auch grobe Störungen im Kreislaufe; Oedeme; Aenderungen des Blutbildes, wie Eosinophilie u. a. Rautenberg[14]) wandte zur Aufklärung der Vorgänge bei der Pulsverlangsamung als Untersuchungsmethode die Elektrokardiographie an. Er fand neben Störung der Reizleitung eine Herabsetzung der Häufigkeit der Reizerzeugung, wie das ja nach dem Bilde der Bradykardie wohl zu erwarten war. Denken wir bei der Herzbeschleunigung im wesentlichen an Sympathikusreizung, dann müssen wir als Ursache der Pulsverlangsamung eine Vagusreizung annehmen. Vielleicht kommt auch eine Schwäche oder Entartung des Herzmuskels in Betracht, welche in seiner mangelhaften Versorgung durch den Kranzaderkreislauf bedingt sein kann. Die vielfachen Ernährungsschwierigkeiten unserer Zeit, verbunden mit den herabstimmenden seelischen Einflüssen, lassen eine derartige Erklärung an Wahrscheinlichkeit gewinnen. Aber wir müssen uns bei der Beurteilung dieser Zustände immer gegenwärtig halten, daß es sich in keinem einzigen Falle mit Sicherheit feststellen läßt, welcher der vielen das Herz versor-

genden Nerven die Ursache der beobachteten nervösen Störung darstellt. Die beschleunigenden Nerven, die wir im wesentlichen im Sympathikus zu suchen haben, und die die Herztätigkeit hemmenden des Vagus unterhalten die innigsten Beziehungen zu den Zentralstellen, zu den seelischen Vorgängen und zu den selbsttätigen Mittelpunkten des Gehirns, wie auch zu den Gefühlsnerven der Körperoberfläche; ferner tritt bei erhöhten Widerständen in der Blutbahn oder bei Aenderungen in der Zähigkeit (Viskosität) des Blutes ein den ganzen Körper umspinnendes Ausgleichssystem der Herzbewegung und des Kreislaufes in Gestalt der pressorischen — gefäßverengernden — und depressorischen Fasern — erweiternde Gefäßnerven und Nervus depressor — zum sofortigen und sicheren Ausgleich der Störungen in Tätigkeit. Das alles macht es leicht verständlich, wie wenig aussichtsreich es ist, gegebenenfalls unter so verwickelten physiologischen Verhältnissen, die noch vielfach selbst der Klärung bedürfen, krankhafte Vorgänge im Einzelfalle auf ihre wirkliche Ursache zurückzuführen. Es erscheint unter diesen Umständen auch heute noch verfrüht, die geschilderten Krankheitsbilder in feste Schemata, wie das der Sympathikotonie und der Vagotonie mehr oder weniger gewaltsam einfügen zu wollen.

Benutzte Arbeiten:

[1]) O. Bruns, Herzen und Herzkrankh. uns. Soldaten. Mediz. Klin. No. 51; 1917. — [2]) Siebelt, Tabakmißbrauch im Zusammenhg. m. Kriegsneurosen, v. all. d. Herzens. — [3]) Leidner, Einwrkg. d. Moorbd. a. d. Elektrokardiogr. Zentralbl. f. Herz- u. Gef.-Krkh., No. 1/2, 1919. — [4]) Ders., Elektrokardgr. b. d. Basedow' Krankh. Ztschr. f. Balneologie No. 23/24, 1919. — [5]) a) Siebelt, Altes und Neues v. Moorbd. Allg. D. Bäderztg. No. 11, 1919; b) Ders., Erweiterung d. Anzeigenkr. d. Moorbd. Verhdl. d. 47. Schles. Bädertags. — [6]) Ders., Pulsverlangsamung. Mediz. Klin. No. 23, 1918. — [7]) Lorand, Wesen der Bradykardie. Mediz. Kl. No. 29, 1919. — [8]) Forschbach, Entkräftungszust. m. Bradykard. Mediz. Klin. No. 28, 1917. — [9]) Lommel, Bradykardie u. Hypotonie. Med. Kl. No. 40, 1919. — [10]) H. Schmidt, Bradykardie. Mediz. Klin. No. 33, 1918. — [11]) Elsner, Pulsverlangsamung b. Infl. Med. Kl. 1919, S. 212. — [12]) M. Herz, Hypoton. Bradykard. Wien. Kl. Wochenschr. No. 21, 1910. — [13]) Ménétrier und Brody, Nerv. Bradykard. Presse Med. No. 54, 1910. — [14]) Analyse der Bradykard. d. d. Elektrokardiogr. Mediz. Klin. No. 15, 1910. — [15]) O. Rosenbach, Herzkrankh. Eulenburgs Realencyclop. 3. Aufl. IX, S. 484. — [16]) Kisch, Moorbd. Eulenb. Realencyclop. 3. Aufl. XIII, S. 385.

Ein neues Mittel zur Ungezieferbekämpfung.

Von Dr. **Walter Rasch**, Frankfurt a. M.

In neuerer Zeit wurde an verschiedenen Orten die Forderung erhoben, daß öffentliche Stellen größeren Umfanges für Beseitigung der Kleiderläuse vorhanden sein müßten, und daß überhaupt die Entlausung in allergrößtem Maßstabe betrieben werden müßte, um die nach dem Kriege in ungeahntem Umfange aufgetretene Ungezieferplage zu beseitigen. Ich möchte an dieser Stelle darauf hinweisen, daß wir seit einiger Zeit ein hervorragendes Mittel besitzen, das berufen erscheint, in erster Linie bei der Bekämpfung der Ungezieferplage mitzuwirken: das ist die Blausäure (Cyanwasserstoffgas).

Nach einigen vorbereitenden Versuchen war man im Jahre 1917 dazu übergegangen, gasförmige Blausäure in größtem Maßstabe zunächst zur Bekämpfung der Mehlmotte in Mühlen heranzuziehen, um den großen Ausfall an Brotgetreide und Mehl, der alljährlich durch die Mehlmotte verursacht wurde und damit unsere während des Krieges arg bedrohte Ernährung weiter gefährdete, zu verhindern. Im Jahre 1917 wurde der dem Preuß. Kriegsministerium angegliederte „Technische Ausschuß für Schädlingsbekämpfung" gegründet und später die Ausführung der Mehlmottenbekämpfung mittels Blausäure einer am 1. 9. 1917 im Anschluß an ein Pioniergasbataillon aufgestellten „Kompagnie für Schädlingsbekämpfung" übertragen. Diese Kompagnie hatte im Anfang, wie gesagt, die Bekämpfung der Mehlmotte als alleinige Aufgabe. Als man größere Erfahrungen in der Verwendbarkeit des Blausäuregases und in der ungefährlichen Handhabung des Verfahrens gesammelt hatte, ging man dazu über, bei den stellv. Generalkommandos besondere Gastrupps einzurichten, die von der Kompagnie ausgebildet wurden und die Entlausung militärischer Objekte, wie Kasernen, Hilfskasernen, Lazarette, Schiffe usw. betreiben sollten. Der erhoffte Erfolg blieb auf keinem Gebiete der Anwendung aus. Gegenüber allen anderen bisher angewandten Verfahren hatte die Blausäure zwar den Nachteil der erhöhten Giftigkeit und damit der größeren Gefährdung des mit ihr arbeitenden Personals, aber den ungeheuren Vorteil der absoluten Unschädlichkeit gegenüber den mit ihr behandelten Stoffen: Metalle, Leder, Holz, Gewebe jeder Art werden von der Blausäure in keiner Weise beeinflußt, ja sogar die meisten Lebensmittel bleiben genießbar, dagegen werden die Insekten in allen ihren Entwicklungszuständen, also samt ihren Eiern und Larven, restlos abgetötet. In den letzten 2 Jahren sind außer den schon genannten Gebäuden Bekleidungskammern, Wollelager, Nährmittelfabriken, Samenspeicher usw. durchgast worden, und fast jedesmal konnte nach der Durchgasung die vollständige Vertilgung aller Schädlinge festgestellt werden. Natürlich konnten bei einem so neuen Verfahren einzelne Mißerfolge nicht ausbleiben, doch stellte sich stets heraus, daß Fehler seitens der ausführenden Personen vorgekommen waren, so daß also das Verfahren an sich für den Mißerfolg nicht verantwortlich gemacht werden konnte; und je mehr die Erfahrung der ausführenden Personen wächst, um so geringer wird die Wahrscheinlichkeit des Auftretens weiterer Mißerfolge. Nach dem heutigen Stande läßt sich behaupten, daß Mehlmotten, Kleidermotten, Läuse, Wanzen, Flöhe völlig vertilgt werden können. Als sehr widerstandsfähig erwiesen sich bisher nur die im Getreide oft in großen Mengen vorkommenden Kornkäfer, für deren gänzliche Vertilgung noch keine absolute Garantie übernommen werden kann.

Ueber die augenblickliche praktische Ausführung des Verfahrens ist Folgendes zu sagen:

Die Kompagnie für Schädlingsbekämpfung wurde am Tage der Revolution aufgelöst und ihre Aufgabe ging auf den Technischen Ausschuß über, bis am 1. April 1919 die „Deutsche Gesellschaft für Schädlingsbekämpfung m. b. H." in Berlin gegründet wurde, die weiterhin vom Reichswirtschaftsministerium — durch Reichsgesetz ermächtigt — unter dem 2. Mai 1919 neben der Heeres- und Marineverwaltung und den wissenschaftlichen Forschungsanstalten zum alleinigen Arbeiten mit Blausäure bevorrechtet wurde, da sie allein durch die während des Krieges gesammelten Erfahrungen zunächst die Gewähr für eine sachverständige Ausführung bot. Die Gesellschaft steht unter der Aufsicht des Reichswirtschaftsministeriums und arbeitet gemeinnützig.

Die Bekämpfung des Ungeziefers muß in 2 große Gruppen eingeteilt werden: erstens die Vertilgung des Ungeziefers in Bekleidungsstücken, und zweitens die Vertilgung des Ungeziefers in Gebäuden.

Für den ersteren Zweck stehen große „Entlausungskammern" zur Verfügung, die vollkommen gasdicht abgeschlossen werden, und in die die vom Ungeziefer zu befreienden Sachen hineingebracht werden, um eine bestimmte Zeit lang der Einwirkung des Blausäuregases ausgesetzt zu werden. Für den zweiten Zweck muß man das ganze in Betracht kommende Gebäude unter Gas setzen. Das Gebäude wird an allen Fenstern, Türen und Oeffnungen, die ins Freie münden, wie Schornsteine, Luftabzüge usw. abgedichtet. Die Entwicklung des Blausäuregases erfolgt in allen Fällen so, daß Holzbottiche mit verdünnter Schwefelsäure gefüllt werden und Cyannatrium hinzugegeben wird; dann erfolgt eine chemische Umsetzung in Blausäure, die in den zu durchgasenden Raum entweicht, und Glaubersalz, das in den Bottichen zurückbleibt (nach der chemischen Gleichung: $H_2SO_4 + 2\ NaCN = 2\ HCN + Na_2SO_4$). Ferner sollen jetzt Blausäureentwicklungsapparate in Gebrauch kommen, die das Gas von außen in den zu durchgasenden Raum einzuleiten gestatten. Nach der für die einzelnen Insekten verschiedenen Einwirkungszeit erfolgt die „Entlüftung", die bei den Kammern sehr einfach durch eine von außen zu bewirkende Öffnung eines Ventils vor sich geht, während bei Gebäuden in der Regel nur die unteren Fenster und Türen von außen geöffnet werden können. Zum Zwecke der Entlüftung der oberen Stockwerke muß das Gebäude betreten werden. Die mit dieser Arbeit betrauten Personen müssen Atmungsapparate tragen, damit sie durch das Gas nicht geschädigt werden. Die Freigabe des durchgasten Raumes darf erst erfolgen, sobald eine vom Kaiser-Wilhelm-Institut in Berlin-Dahlem ausgearbeitete äußerst empfindliche, objektive chemische Reaktion nachgewiesen hat, daß keine gesundheitsgefährlichen Mengen Blausäure in dem Raume mehr vorhanden sind. Natürlich bestehen für die Durchgasung selbst und für die Durchlüftnug sehr eingehende behördlich begutachtete Dienstvorschriften, die das Vorkommen von Gesundheitsschädigungen nach menschlichem Ermessen ausschließen müssen, soweit nicht eigenes Verschulden oder gar selbstmörderische Absicht, wie es schon der Fall war, an einem Unglücksfalle mitwirken.

Es darf hier nicht verschwiegen werden, daß sich die Blausäure zunächst für die Durchgasung einzelner Zimmer in bewohnten Gebäuden noch nicht eignet, da immer mit einer gewissen Gefahrzone in der Nähe eines durchgasten Raumes gerechnet werden muß. Soweit den Menschen befallendes Ungeziefer in Frage kommt, kann man also nur daran denken, Massenquartiere, Kasernen, Schulen usw., ferner die Bekleidungsstücke in den bereits genannten Entlausungskammern mit Blausäuregas zu reinigen. Für einzelne Zimmer verwendet man jetzt zweckmäßig Zyklon (Cyankohlensäureester). In ihm ist ein Stoff gefunden, der die besten Eigenschaften des Blausäuregases — die Wirkung auf alle Entwicklungsformen und die Unschädlichkeit für alle Einrichtungsgegenstände — mit einer gefahrloseren Anwendung verbindet. Durch einen dem Cyan-

kohlensäureester zugesetzten Reizstoff (Chlorkohlensäureester), der in Konzentrationen tränenerregend wirkt, bei welchen noch keine Gefahr besteht, wird man rechtzeitig gewarnt. Das Gas ist irrespirabel — man ist gezwungen, sich zu entfernen. Schaden für die Gesundheit kann daher nicht eintreten. Mit diesen Eigenschaften verbindet Zyklon — als Flüssigkeit, welche verdampft wird — den Vorteil, bei der Anwendung keinen Rückstand zu hinterlassen. Auch mit Zyklon darf nur von durchaus sachverständigen Personen gearbeitet werden; es gelten dieselben Vorschriften wie für das Arbeiten mit Blausäure. Der Geruch ist bei der Lüftung binnen weniger Minuten aus dem Raume und von sämtlichen behandelten Einrichtungsgegenständen verschwunden. Ferner wird für einzelne Zimmer häufig schweflige Säure angewendet. Vor allem hat die schweflige Säure bei ihrer relativen Ungefährlichkeit für das ausübende Personal den Nachteil, daß sie nicht die hervorragende Durchdringungsfähigkeit des Blausäuregases besitzt und daß auch Beschädigungen der Einrichtungsgegenstände nicht ausgeschlossen sind.

Um von dem Umfange der bereits ausgeführten Blausäuredurchgasungen einen Begriff zu geben, möge darauf hingewiesen werden, daß bisher Räume von etwa 20 Millionen cbm Inhalt durchgast wurden, davon im letzten halben Jahr allein 1,5 Millionen cbm Mühlenräume und 7 Millionen cbm andere Gebäude. Es wäre dringend zu fordern, daß von Seiten der um die öffentliche Gesundheitspflege besorgten Stellen die Staats- und Gemeindebehörden vielmehr als bisher geschehen, auf das Blausäurebekämpfungsverfahren aufmerksam gemacht würden. Hier haben wir in der Tat ein Mittel, das uns nach den bisherigen Erfahrungen die Hoffnung gibt, einem Ueberhandnehmen des Ungeziefers vorzubeugen, ja sogar auf dem Wege zu seiner gänzlichen Vertilgung ein gewaltiges Stück vorwärts zu kommen.

II. Referate.

Dozent Dr. **F. Deutsch: Kalzium-Dionin bei Rhinitis acuta.** (Wiener mediz. Wochenschrift 1920, Nr. 6.)

In Fällen von akutem Schnupfen, welche mit sehr starker Schwellung und Entzündung der Schleimhaut sowie heftiger Schleimabsonderung einhergehen, empfiehlt Verfasser eine Kombination von Dionin mit Calcium, welche er seit fünf Jahren mit gutem Erfolg anwendet. Er verordnet folgende Lösung:

Calc. lactic.	3—4
Dionin.	0,04
Aq. destill.	100
Sirup rub. Idaei	50

D. S. in einem Tag zu nehmen.

Dr. **Kretschmer** (Berlin): **Ueber Atropinbehandlung des Pylorospasmus der Säuglinge.** (Therapie der Gegenwart 1920, Januar.)

Bei der Behandlung des Pylorospasmus der Säuglinge kam bisher fast nur die diätetische und operative Behandlung in Frage. Erst neuerdings wurde auch die medikamentöse Beeinflussung des Leidens wieder versucht, und zwar wurde teils Papaverin, teils Atropin empfohlen. Papaverin wird subkutan in Dosen von 0,005—0,01 gegeben. Atropin wurde von Stolte und Ochsenius mit Erfolg angewendet: Ersterer gibt von der Lösung Atropin. sulfur. 0,01:10 3—4 mal täglich 1—3 Tropfen vor der Mahlzeit. Verfasser ist ebenfalls in der Lage, über einen Fall von Pylorospasmus bei einem Säugling von 6 Wochen zu berichten, bei welchem durch Atropin ein Rückgang des Leidens erzielt wurde. Er wandte eine geringere Dosis an: von der Lösung 0 001:10 zuerst 3 mal, dann 4 mal täglich 5 Tropfen vor der Mahlzeit. Vorübergehend injizierte er die Lösung auch subkutan: 3 mal täglich 0,2 ccm. Nach einiger Zeit gab er 3 mal täglich 8 Tropfen der Lösung per os. — Man kann übrigens, wie K. sich bei einigen anderen Fällen überzeugte, auch die stärkere Dosierung nach Stolte ohne Schädigung anwenden, was sich im Interesse eines schneller eintretenden Erfolges empfiehlt; nach Eintritt der Wirkung kann man dann allmählich zu kleineren Dosen übergehen.

Franz Schranz (Düsseldorf-Heerdt): **Ein Fall von tödlich verlaufener Gasphlegmone nach Coffeïninjektion.** (Medizin. Klinik 1920, Nr. 7.)

Die traurige Kasuistik der Gasphlegmonen im Anschluß an Coffeïninjektionen vermehrt Verfasser um einen von ihm beobachteten Fall. Eine 21 jährige Berufspflegerin erhielt wegen Grippelungenentzündung Kampfer- und Coffeïninjektionen. Nach einer Coffeïninjektion in den linken Oberschenkel (mit derselben Spritze und derselben Lösung wie bisher) entwickelte sich, von der Einstichstelle ausgehend, eine foudroyante Gasphlegmone, welche etwa 15 Stunden nach der Einspritzung zum Tode der Kranken führte. Die bakteriologische Untersuchung der in einen Brei verwandelten Oberschenkelmuskulatur ergab Fränkel'sche Gasbazillen. Im einzelnen blieb der Hergang der Infektion dunkel.

Prof. Dr. **M. v. Brunn** (Bochum): **Zur Behandlung der Knochenbrüche, insbesondere mit Gipsschienen.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 2.)

Um bei Knochenbrüchen nach Beseitigung der Dislokation die richtige Stellung der Bruchenden zu sichern, ist nach Verfasser die Verwendung von Gipsschienen zum Verband am zweckmäßigsten. Die Technik der Herstellung der Gipsschienen findet sich in jeder Verbandlehre (z. B. bei Hoffa-Grashey, Ref.) angegeben. Die Einrichtung des Bruches empfiehlt Verf. im Chloräthylrausch vorzunehmen, die Gipsschiene muß vorher fertig gestellt sein. Sofort nach der Einrichtung wird die Gipsschiene unmittelbar auf die Haut des gebrochenen Gliedes gelegt und mit einer gut angefeuchteten Mullbinde ziemlich fest angewickelt. Nach wenigen Minuten ist die Schiene vollständig fest geworden. Die erste Gipsschiene reicht, falls die Einrichtung des Bruches gut gelungen ist, für die ganze Dauer der Behandlung aus. An der unteren Extremität gewährt die Gipsschiene wegen ihres zuverlässigen Sitzes die Möglichkeit, die Kranken schon nach 2—3 Tagen aufstehen und umhergehen zu lassen. Zum Zweck der Massage kann man sie nach Belieben abnehmen und exakt wieder anlegen. Die benachbarten Gelenke brauchen bei Verwendung von Gipsschienen meist nicht festgestellt zu werden; bei Brüchen der Oberarmdiaphyse z. B. braucht man kein Gelenk zu fixieren; in allen anderen Fällen kommt man nach Verfasser mit der Feststellung nur eines angrenzenden Gelenks aus. Zahlreiche Brüche kann man übrigens ohne jeden Verband behandeln; hierzu gehören fast alle Schlüsselbeinbrüche, ferner ein Teil der Brüche des Collum chirurgicum des Oberarms, ein Teil der Brüche beider Vorderarmknochen, zahlreiche Brüche eines der beiden Vorderarmknochen, einschließlich der typischen Radiusfraktur, ein Teil der Brüche beider Unterschenkelknochen einschließlich eines Teiles der Knöchelbrüche, die meisten Brüche eines der beiden Unterschenkelknochen. An der oberen Extremität genügt bei der verbandlosen Behandlung eine Mitella, bei Brüchen der unteren Extremität wird das Bein zwischen Sandsäcken gelagert. Der Gipsschienenverband eignet sich nur für solche Brüche, die sich ohne ernstere Schwierigkeit gut einrichten lassen.

Prof. Dr. **F. Lotsch** (Berlin): **Ueber Chondromatose der Gelenkkapsel.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 20.)

Die Chondromatose ist erst seit dem Jahre 1900 bekannt. Verf. hat in der Chirurgischen Klinik der Charité (Geh. Rat Hildebrand) zwei Fälle dieser Krankheit beobachtet, die beide das Kniegelenk und zwar bei Frauen betrafen. Beide Fälle wurden operiert. Klinisch zeigten sich Bewegungsbeschränkung und Verdickung des Gelenkes mit höckrigen, harten, teils beweglichen Tumoren und Gelenkerguß. Der Gelenkknorpel ist unbeteiligt; es handelt sich vielmehr um die Bildung echten hyalinen Knorpels in den Zotten der Synovialis. Ueber die Ursache der Erkrankung läßt sich nichts Bestimmtes sagen. Hh.

Dr. **Kleemann** (Breslau): **Ueber die Behandlung septischer Aborte und Geburten mit Argochrom.** (Der Frauenarzt, 1920, Nr. 3.)

Verfasser hat in der gynäkologischen Abteilung des Allerheiligenhospitals in Breslau (GR. Prof. Asch) in 9 Fällen Argochrom angewandt, in denen Staphylokokken und Streptokokken im Blut vorhanden waren, und dabei nur einen Todesfall beobachtet. Argochrom ist ein von Merck hergestelltes Methylenblausilberpräparat, das man in fertigen Ampullen erhalten kann. Es werden 0,1 g als Einzeldosis in die Kubitalvene injiziert, wobei man mit der Injektion sehr vorsichtig sein soll, da eine intrakutane Injektion sehr unangenehme, schmerzhafte Infiltrationen verursachen kann. Im allgemeinen kommt man mit einer einzigen Injektion aus. rs.

Med.-Rat Dr. **E. Vollmer** (Kreuznach): **Ueber einen Todesfall durch Gonorrhoe.** (Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1920, Nr. 10.)

Verf. beschreibt den Tod durch Gonorrhoe kurz nach der Infektion bei einem jungen Landmädchen. Die Obduktion ergab starke eitrige Bauchfellentzündung als Todesursache, wobei die mikroskopische Untersuchung zahlreiche Gonokokken feststellte. Die Bösartigkeit des Leidens führt Verf. darauf zurück, daß Patientin, so lange sie sich aufrecht halten konnte, schwere Arbeiten verrichtete und dadurch wohl den Eiter in die Peritonealhöhle hineinzwängte. Hh.

Dr. **P. J. Kowarschik** (Wien): **Eine neue einfache Methode der allgemeinen Diathermie.** (Zeitschr. für physikalische und diätetische Therapie, Band 24, Heft 4.)

Verf. hat eine vereinfachte Methode der allgemeinen Diathermie angegeben. Man lagert den Kranken auf drei Blei- oder Aluminiumplatten von 30×40 cm Größe, von denen eine unter den Rücken, die zweite unter das Gesäß und die dritte unter die Waden zu liegen kommt. Alle drei Platten müssen gleich groß und genau gleich weit von-

einander entfernt sein. Mit einer Stromstärke von 2 bis 25 Ampère kann man eine gleichmäßige Durchwärmung des Körpers bis zum Schweißausbruch hervorrufen. Hh.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Balneologische Gesellschaft.

(Schluß.)

Dr. Oskar Hasenfeld wurde im Jahre 1873 in Budapest geboren, wo sein Vater Dozent für Balneologie war. Er praktizierte seit 1901 in Franzensbad als Badearzt und war während der Wintermonate zuerst in San Remo tätig, dann an verschiedenen gynäkologischen Kliniken in Berlin, besonders an der Frauenklinik der Charité unter Bumm. Im Jahre 1817 erkrankte er an Lungentuberkulose, kehrte zur Saison 1918 scheinbar gebessert nach Franzensbad zurück, bekam aber plötzlich eine tuberkulöse Pleuritis, der er nach dreitägigem Krankenlager am 25. Juli 1918 an turberkulöser Meningitis erlag. Hasenfeld hatte eine ausgedehnte internationale Klientel und war bei seinen Patienten wie Kollegen allgemein beliebt. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er seit 1907 als Mitglied an und hat an den Kongressen regen Anteil genommen.

Geheimer Sanitätsrat Dr. Otto Vogler wurde als Sohn einer altangesehenen, seit Jahren in Ems ansässigen Aerztefamilie in Bad Ems geboren. Zuerst praktizierte er in Brüssel als Arzt und siedelte dann nach Ems über, um hier die Praxis seines Bruders zu übernehmen. Er hatte eine große Klientel und gehörte fast 30 Jahre lang den städtischen Körperschaften an. Seine hieraus gewonnenen Kenntnisse stellte er stark in den Dienst einer ausgedehnten Wohltätigkeit unter den Bedürftigen seiner Vaterstadt. Er starb am 10. März 1919 zu Ems. In seinem Vermächtnis hat er über 600 000 Mark zu wohltätigen Stiftungen verwendet, darunter 300 000 Mark als Voglerstiftung für bedürftige Invaliden aus dem Weltkriege. Die Schätze, die ihm Galenus verliehen, hat er zum Wohle seiner Mitmenschen wieder verteilt. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er sehr lange als ein hochgeachtetes Mitglied an.

Königl. Rat Dr. Bela Bossanyi wurde im Jahre 1858 in Szekesfehervar in Ungarn geboren, studierte in Wien, wo er auch seine Approbation und Promotion erhielt, praktizierte in Meran, Fiume, Nagybecskered, wurde sodann Leiter des Lukacsbades in Budapest und hatte großen Anteil an der Erbauung des neuen, hochmodern eingerichteten Gellertbades in Budapest, welches er nach dessen im September 1918 stattgefundenen Eröffnung noch 7 Monate leitete, um am 9. April 1919 durch die entsetzlichen politischen Verhältnisse in Ungarn bedrängt, freiwillig aus dem Leben zu scheiden. Bossanyi entfaltete außer einer großen praktischen auch eine reiche wissenschaftliche Tätigkeit. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er mehrere Jahre als ein eifriges Mitglied an und hat sich besonders um die Förderung der ungarischen Bäder und ihren Anschluß an die Bestrebungen der Balneologischen Gesellschaft sehr verdient gemacht.

Medizinalrat Dr. Heinrich Geiger wurde am 13. Oktober 1839 in Rappenau im badischen Schwarzwald geboren. Er studierte von 1857 an in Heidelberg, wo er 1861 promovierte und die Approbation erhielt. Nach 2jähriger Tätigkeit als Assistent an der Friedreichschen Klinik in Heidelberg und nach einer Studienreise an die Universitäten Wien und Prag ließ er sich 1863 in Rappenau als Arzt nieder. Diese Tätigkeit war nur durch den Krieg 1870/71 unterbrochen, den er als freiwilliger Arzt mitmachte. Seit 1877 war er Salinenarzt und seit dessen Gründung auch Arzt des Kindersolbades Siloa. Am 4. Mai 1919 beschloß er sein arbeitsreiches Leben an den Folgen einer Lungenentzündung. Der Balneologischen Gesellschaft gehörte er viele Jahre als Mitglied an.

Sanitätsrat Dr. Carl Schütze wurde am 16 März 1861 zu Gelsenkirchen geboren. Er studierte in Berlin und Jena und bestand hier 1887 sein Staatsexamen. Zuerst Schiffsarzt, wurde er später Assistent von Dr. Haupt in Tharandt und ließ sich 1889 als Arzt in Bad Kösen nieder. Aeußerst zahlreich sind die von Schütze verfaßten wissenschaftlichen Abhandlungen, die fast sämtlich aus dem Gebiet der Balneotherapie und Hydrotherapie stammen. Bei Beginn des Krieges 1914 stellte er auch sich dem Heeresdienst zur Verfügung und kehrte im Dezember 1915, den Todeskeim im Herzen, heim. Am 9. Mai 1919 erlag er seinem Leiden. Schütze war seit 1890 ein eifriges Mitglied der Balneologischen Gesellschaft, deren Arbeiten er rege förderte.

Sanitätsrat Dr. Paul Nicolas wurde am 28. Februar 1867 zu Treptow an der Rega geboren. Er studierte in Greifswald und Halle, legte hier sein Staatsexamen ab und wurde Assistent am Krankenhause Bethanien zu Stettin, später in Frankfurt am Main, folgte 1885 einem Ruf als Landschaftsarzt nach Keitum-Sylt und zog nach 5 Jahren als Badearzt nach Westerland-Sylt. Hier sammelte er reiche Erfahrungen im Hanseatischen Genesungsheim und der Kinderheilstätte Bethesda, die er fast 30 Jahre lang leitete. Er war unermüdlich damit bemüht, für die Heilanzeigen der Nordsee in Wort und Schrift einzutreten. Seinen Forschungen verdankt nicht nur zum großen Teil Westerland sein Aufblühen, sondern sie steigerten auch die Wertschätzung der Nordseebäder und der Seebäder überhaupt. Nicolas hauchte am 30. Oktober 1919 während der Behandlung eines Patienten, mit dem er sich schwer abmühen mußte, sanft und lautlos seine Seele aus, bis zum letzten Augenblick treu seinem Beruf, an dem er mit ganzem Herzen gehangen. Der Balneologischen Gesellschaft, deren Arbeiten er wesentlich förderte, gehörte er seit 1896 als eifriges und allgemein beliebtes Mitglied an.

Ferner sind gestorben die Herren Oestreicher, Gräupner, Josenhans, Witczak, Goldstein, Pollatschek, Schulze, Graeffner, Schwarz, Rheinboldt, Dietz, Hartz, Schnee, Stern, Wachenfeld und Grube, über die wir trotz eifrigster Bemühung keine näheren Angaben erhalten konnten.

Ich bitte Sie, meine Herren, sich zu Ehren der Verstorbenen von Ihren Plätzen zu erheben. Ich danke Ihnen.

Als neue Mitglieder sind der Balneologischen Gesellschaft beigetreten die Herren: Dr. Kaufmann-Wildungen, Dr. Arnold-Ems, Privatdozent Dr. Benczur-Budapest, Dr. Sarawara-Flinsberg, Dr. Scholz-Flinsberg, Dr. Schliep-Baden-Baden, Dr. Leidner-Elster, Dr. Heim-Lippspringe, Dr. Levy-Reichenhall, Dr. Kélen-Karlsbad, Dr. Langsdorf-Nauheim, Dr. Jedin-Warmbrunn, San.-Rat Dr. Moses-Warmbrunn, Dr. Josef Hauk-Warmbrunn, Dr. Felix Pohl-Warmbrunn, Dr. Gerhard Troche-Warmbrunn, Dr. Groß-Kissingen.

Die im Jahre 1914 gestellte Preisaufgabe „Auswaschung des Organismus durch Mineralwasserkuren" konnte erst jetzt zur Erledigung gelangen. Es ist nur eine Arbeit eingelaufen mit dem Motto „Wasser und Salz, Gott erhalt's". Die Preisrichter haben ihr Gutachten dahin abgegeben, daß die Arbeit sehr gut, sehr fleißig und sehr übersichtlich ist.

Der Arbeit wurde der volle Preis in Höhe von 800 M. zuerkannt. Verfaßt ist die Arbeit von Fräulein Dr. Käthe Frankenthal in Berlin.

Der Vorstand hat beschlossen, eine neue Preisaufgabe auszuschreiben über das Thema: „Auf welche Weise kann für klimatische Herbst-, Winter- und Frühjahrskuren in Deutschland selbst Ersatz geschaffen werden?" Die Arbeit ist bis zum 31. 12. 20 an den Vorsitzenden der Balneologischen Gesellschaft einzusenden. Der Umschlag muß mit einem Moto versehten sein. Der Name des Verfassers ist der Arbeit beizufügen und zwar in einem verschlossenen Briefumschlag, der das gleiche Motto tragen soll. Die Höhe des Preises ist 800 M.

Einen Balneologenkongreß während des Krieges zu berufen, erschien nicht zweckmäßig, da die meisten Kollegen durch ihre Tätigkeit im Felde und in Heimatlazaretten vollauf in Anspruch genommen waren. Unsere Badeorte und Heilanstalten wurden ja im Kriege von einer stattlichen Anzahl von Leidenden, die im Kriege eine Krankheit oder Verwundung erlitten hatten, aufgesucht und werden sich noch für Jahre hinaus in den Dienst der Wiederherstellung unserer Kriegsbeschädigten stellen. Wie Sie bereits gesehen haben werden, wird ein großer Teil unserer wissenschaftlichen Verhandlungen sich darauf erstrecken, über die Erfahrungen zu berichten, die in den Kurorten mit der Behandlung von kranken und verwundeten Kriegsteilnehmern gemacht wurden, um Ausblicke für die zukünftige Behandlung zu geben. Wir alle hoffen und wünschen, daß auch unsere wissenschaftlichen Verhandlungen mit dazu beitragen, die Schäden, die der Krieg in der Gesundheit unserer Völker geschaffen, nach Kräften wieder gut zu machen. Nachdem wir nun endlich den Frieden haben und sich in den Bädern und Kurorten neues Leben zu regen beginnt, darf auch das wissenschaftliche Streben nach Fortschritt in den Bädern nicht länger unterdrückt bleiben. Wie Sie aus dem Programm ersehen, sind auch außer den sogenannten Kriegsvorträgen eine stattliche Reihe von Vorträgen angemeldet, die dafür Zeugnis ablegen, daß der wissenschaftliche Geist un inserer Gesellschaft wieder zu der Geltung kommen soll, wie er vor dem Kriege, solange die Gesellschaft besteht, dem Emporblühen unserer Kurorte förderlich und dienstbar war. Besonderer Dank gebührt den Kollegen, welche die Schwierigkeiten und Widerwärtigkeiten der Reise nicht gescheut haben und hier erschienen sind, um an den Arbeiten der Gesellschaft teilzunehmen. Wir sind alle von dem Gedanken durchdrungen, daß auch auf dem Gebiete der Wissenschaft nur emsige Arbeit imstande ist, die Schäden wieder gut zu machen, die der Krieg der Welt zugefügt hat. Daher gestatte ich mir, an Sie, sehr verehrte Herren Kollegen, die Mahnung und die Bitte zu richten, in gleichem Sinne wie früher oder dem Ernst der Zeit entsprechend noch eifriger an der Entwicklung und dem Ausbau der Balneologischen Gesellschaft zu arbeiten zum Segen des deutschen Bäderwesens.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Sitzung vom 7. VI. 20.

Eigenbericht d. Allg. med. Central-Ztg.

Vorsitz: Herr Schwalbe.

Tagesordnung:

Zur Digitalistherapie.

1. Die pharmakologische Auswertung der Digitalispräparate.

Herr **Joachimoglu**: Seit es 1806 einem Apotheker aus Opium den wirksamen Bestandteil der Droge zu isolieren glückte, haben die gleichsinnigen Bestrebungen bei der Digitalis nicht aufgehört, weil sie bisher erfolglos waren; ein chemisch reines Präparat gibt es zwar; aber das Digitoxin (Schmiedeberg) ist therapeutisch nicht zu verwerten. Viele Präparate haben Anwendung gefunden, aber zwischen Digitalin, dem Vertreter der starkwirkenden, und den galenischen (mit Wasser und Spiritus extrahierten) Mitteln bestehen erhebliche quantitative und qualitative Abstufungen. Eine ähnliche Vorschrift des Deutschen Arzneibuchs, wonach Opium 10 % Morphin enthalten muß, gibt es für Digitalis nicht; denn wir sind über die wirksamen Bestandteile noch nicht unterrichtet. Hier sind die pharmakologischen Methoden eine Notwendigkeit. Denn das „Arzneibuch" gibt verschiedene unrichtige Vorschriften, z. B. daß nur zweijährige, blühende Pflanzen verwendet werden sollen. Das ist nach Straub falsch und wird im neuen „Arzneibuch" gestrichen werden. Auch die kultivierten Pflanzen enthalten ausreichend Glykoside. Sorgfältig behandelte und aufbewahrte Blätter behalten auch nach 7 Jahren ihre Wirkung. Die einzige brauchbare Methode ist nur die pharmakologsiche Auswertung und der Tierversuch. So schwankt die Wirksamkeit von 1 g Tinct. digitalis zwischen 60 und 200 F. D. (Frosch-

Dosen). Diese Ungleichmäßigkeit kann dem Arzte Schwierigkeiten machen. Daher wandte man sich den Spezialitäten zu, die überflüssig sind und nur aus merkantilen Gründen entstanden. Alle Galenica des Handels sind Geheimmittel; denn auch der Darsteller kennt die wirkliche Zusammensetzung gar nicht. Focke läßt aus den Blättern einen 10 % Wasser-Extrakt machen und injiziert davon einem Frosch so viel, daß er den 40. Teil seines Gewichts bekommt. Er berechnet den Wert (v = valor) der Blätter wie folgt: Dem Frosch von 32,0 Gewicht werden 0,8 injiziert und der Herzstillstand trete nach 10 Minuten ein, so ist das normal: v = 1. Tritt aber der Stillstand 4 Minuten später ein, so beträgt v = $^5/_7$. Dem Zeitfaktor kommt aber eine solche Bedeutung nicht zu.

Vor 5 Jahren benutzte Vortr. im hiesigen pharmakologischen Institut eine Methode zur quantitativen Extraktion der Glykoside. Am besten werden die Blätter im Soxhlet in 24 Stunden mit Alkohol extrahiert. Der Alkohol wird abgedampft; es bleiben nur 25 % Alkohol. Setzt man die Wirksamkeit dieses Präparats gleich 100 nach dem Froschversuch, so ergeben die mit kaltem Wasser behandelten Blätter nur 60. Extrahiert man die Blätter nach verschiedenen Verfahren, z. B. erst mit Wasser, dann in Alkohol, so erzielt man 75 %. Also auch die schonendste Behandlung, die mit Wasser, ergibt noch Ueberreste. Um die individuelle Ueberempfindlichketi der Frösche auszuschalten, wurden immer 6 Frösche behandelt; immer mußten wenigstens 4 Frösche nach 24 Stunden sterben. Die Dosis letalis wird durch das Froschgewicht (30 g) dividiert, dann bekommt man die Froschdosis (F. D.). Den Tod der Frösche durch die Glykoside erweist die Sektion: Vortr. sah immer das Herz in Systole stillstehen. Die Soxhlet-Darstellung liefert vorläufig die besten Ergebnisse. Das quantitative Verfahren muß konstante Ergebnisse zeitigen. Vortr. sah Schwankungen von 10 %. Dann benutzte er zwei Sorten von Digitalis, die zweite war halb so stark; mischte er verschiedene Mengen, so ergaben sich verschiedene Werte; auch hier gab es Schwankungen um 10 %. Dieses Verfahren entspricht aber völlig den heutigen Anforderungen. Die Blätter in den Apotheken sollen 1600—2000 F. D. haben. Davon werden wir in der Praxis Vorteile ziehen. (Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Ad. Czerny** (Berlin): **Der Arzt als Erzieher des Kindes.** — Fünfte vermehrte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1919. — 118 S.

Das ausgezeichnete Buch des bewährten Förderers der Kinderheilkunde liegt in fünfter, vermehrter Auflage vor uns; es gibt uns aus einer reichen Erfahrung und feinsinnigen Beobachtung über die Psyche des Kindes eine Fülle von Anregungen über die Erziehung des Kindes in ihrer gesundheitlichen Bedeutung. Nicht nur Aerzten und Pädagogen ist das sorgfältige Studium des Buches angelegentlichst zu empfehlen, sondern auch die Eltern sollen es kennen und vor allem beherzigen. Kein Gebiet der Kindererziehung ist unberücksichtigt geblieben; naive Volksanschauungen sind ebenso vorurteilsfrei einer sorgfältigen Kritik unterzogen wie die höchsten Errungenschaften wissenschaftlicher Forschung. Aus einer reichen Erfahrung heraus macht Verf. Vorschläge über die Auswahl von Ammen, die geistige und körperliche Erziehung des Säuglings, Art und Wesen der Erziehung in den anderen Abschnitten des Kindesalters, über Strafe und Belohnung, Beschäftigung und Spiel, Unterricht und Bildung, lauter Fragen, in denen in der alten guten Zeit in den Familien ein gewichtiges Wort von dem Hausarzt alten Schlages gesprochen wurde, den man heute nicht mehr kennt und entbehren zu können glaubt. Wer das vorliegende Buch mit Herz und Verstand durcharbeitet, wird sich bald davon überzeugen, daß es sehr unrecht ist, den Arzt in der Erziehung des Kindes so hintanzusetzen, wie es heute gang und gäbe ist. Hirsch.

Dr. **Josef Friedjung** (Wien): **Erlebte Kinderheilkunde.** Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1919. 86 Seiten, Preis 6,25 M.

Erlebte Kinderheilkunde — ein schöner Name für ein gutes und nützliches Buch! Vieles, was dem ausgezeichneten Wiener Pädiater in seiner Praxis aufgefallen ist, hat hier eine eingehende Behandlung erfahren, weil es in den Lehrbüchern der Kinderheilkunde nicht zu finden ist. So zahlreich und vorzüglich nämlich auch die Lehrbücher der Kinderheilkunde sind, lassen die meisten, mögen auch die besten Praktiker ihre Verfasser sein, praktische Gesichtspunkte vermissen; eine rühmliche Ausnahme bilden, was auch Friedjung anerkennend hervorhebt, die Briefe von H. Neumann „Über die Behandlung der Kinderkrankheiten“ (Verlag Oscar Coblentz-Berlin). Die von Friedjung als „eine Ergänzung der gebräuchlichen Lehrbücher“ herausgegebene „Erlebte Kinderheilkunde“ ist eine Neuerung, die das Buch zu einer vielen willkommenen Gabe macht. Die Abhandlung der Physiologie des Kindes und seine sexuelle Auffassung steht allerdings zu sehr unter dem Zeichen der Wiener psychoanalytischen Schule, um unseren Anschauungen geläufig zu sein. Die Art der Untersuchung des Kindes und seiner Behandlung ist in beherzigenswerter Weise dargestellt. Von allseitigem Interesse ist auch die Beschreibung und der Hinweis auf eine Reihe von Krankheitsbildern des kindlichen Alters, die häufiger vorkommen und doch in keinem der bekannteren Lehrbücher beschrieben sind; zum Teil sind es Wiederholungen von Publikationen des Verfassers. — Das Buch wird jeden, der es liest, durchaus zufriedenstellen und für die Praxis ein wertvoller Wegweiser und Berater sein. Hirsch.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Am 21. Juni d. J. wurden die Einigungsverhandlungen zwischen den Vertretern der deutschen Aerzteschaft und der Krankenkassenverbände im Reichsarbeitsministerium vorläufig zu Ende geführt. Sowohl bezüglich der Honorarfrage wie über die Frage des Systems der ärztlichen Versorgung wurde schließlich eine Einigung erzielt. Ueber die Einzelheiten liegt noch keine Mitteilung vor. Die Organisationen der Aerzte und der Krankenkassen werden nunmehr auf die einzelnen örtlichen Aerztevereinigungen und Krankenkassen behufs Anerkennung der getroffenen Vereinbarungen einwirken; ist die Zustimmung derselben gesichert, so wird ein Termin bestimmt werden, an dem der vertraglose Zustand aufhört.

Elberfeld. Im Gegensatz zu der in voriger Nummer mitgeteilten Entscheidung des Landgerichts Braunschweig steht ein von dem hiesigen Landgericht gefälltes Urteil. Die Ortskrankenkassen von Barmen und Elberfeld hatten gegen die Kassenärzte eine Schadenersatzklage wegen Vertragbruchs angestrengt. In dieser Klage erkannte das Elberfelder Landgericht dahin, daß die fristlose Kündigung des zwischen beiden Parteien abgeschlossenen Vertrages zum 15. April seitens der Aerztevereinigung unwirksam und der Vertrag bis zum 30. Juni wirksam ist. Auf den beantragten Schadenersatz wurde vom Gericht nicht erkannt. Jeder der Parteien wurde die Hälfte der Kosten auferlegt.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Arzt und Zahnarzt Dr. med. Erich Becker, Oberassistent am zahnärztlichen Institut der Berliner Universität, habilitierte sich für Zahnheilkunde.

München. Geh. Medizinalrat Prof. Dr. E. Schweninger, Bismarcks langjähriger Arzt und Vertrauter, früher a. o. Professor der Dermatologie, in Berlin, später gleichzeitig Leiter der inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses in Lichterfelde, wurde am 15. Juni 70 Jahre alt. Seit 1906 hat er nach Aufgabe seiner Berliner Stellungen seinen Wohnsitz wieder in München, wo er seine Laufbahn als Privatdozent der pathologischen Anatomie begonnen hatte.

Prag. Der a. o. Professor Dr. Josef Langer wurde zum ordentlichen Professor der Kinderheilkunde ernannt.

London. Für die medizinische Fakultät und das Krankenhaus der Londoner Universität hat der amerikanische Milliardär Rockefeller zur Förderung wissenschaftlicher Forschungen und für Unterrichtszwecke eine Stiftung von 1205000 Pfund Sterling gemacht. Das Krankenhaus erhält 835 000 Pfund, die Fakultät 370 000 Pfund.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Die 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte wird vom 19. bis 25. September d. J. in Bad Nauheim stattfinden. In den allgemeinen Sitzungen gelangen u. a. folgende Themata zur Besprechung: Der Stickstoff in Wissenschaft und Technik (Prof. Bosch, Ludwigshafen), die physiologische Bedeutung des Stickstoffs (Prof. Rubner, Berlin), Andreas Vesalius (Prof. Sudhoff, Leipzig), die Syphilis eine Volksseuche (Prof. Zumbusch, München). Preis der Teilnehmerkarte 40 M., Damenkarten 12 M. Medizinische Vorträge sind bis zum 15. Juli bei Geh. Med.-Rat Prof. Grödel (Bad Nauheim) anzumelden.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die am 17. Mai 1920 in Kraft getretene 5. abgeänderte Ausgabe der Deutschen Arzneitaxe 1920 ist in der Weidmann'schen Buchhandlung, hierselbst, Zimmerstraße 94, erschienen und daselbst käuflich zu haben. (I. 9. Allg. 315/20.)

Berlin, den 1. Juni 1920.

Der Polizeipräsident.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang — Berlin, 10. Juli 1920 — No. 28

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen.
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Streik in Hanau.

Im Namen der **Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H. Hanau** machen wir hiermit bekannt, daß die Beamten — und mit ihnen aus Solidarität die Arbeiter — dieser Firma seit **Montag, den 21. 6. 20** gemeinsam ohne Anrufung des Schlichtungsausschusses in Streik getreten sind; sie verlangen von der Quarzlampen-Gesellschaft nicht nur Anerkennung sondern auch die 20% Ueberschreitung eines Gehaltstarifes, den der Gesamtverband der Hanauer Industrie überhaupt unbedingt abgelehnt hat.

Weil bekannt ist, daß zahlreiche ärztliche Institute auf die Lieferungen der Quarzlampen-Gesellschaft seit Monaten warten und durch die bisherigen Produktionsnöte der Fabrik ohnehin schwer betroffen worden sind, soll also unter allen Hanauer Firmen allein die Quarzlampen-Gesellschaft herausgegriffen werden, um gewaltsam Bresche zu legen in den unbedingt nötigen Zusammenschluß der Arbeitgeberverbände.

In Erkennung der Tragweite des jetzigen Streikes haben wir der Quarzlampen-Gesellschaft kraft ihrer Zugehörigkeit zu unserem Verband verbieten müssen, etwa erneut durch bei ihr bisher leider viel zu häufig gemachte Konzessionen dieser Gewaltpolitik zu einem verhängnisvollen Erfolg zu verhelfen. Die Quarzlampen-Gesellschaft muß deshalb bis auf weiteres ihren Betrieb schließen.

HANAU, den 24. Juni 1920. **Der Gesamtverband Hanauer Arbeitgeber.**

Zur gefl. Beachtung!

Wir bitten bis auf weiteres keinerlei Mitteilungen noch Sendungen an uns abzurichten. Unsere Büros und Fabrik stehen still. Etwa trotzdem eingehende Briefe oder Telegramme können nicht einmal geöffnet werden!

Alle Herren Besteller, die sich selbst, den Patienten und uns in dieser gemeinsamen Notlage helfen wollen, werden gebeten, sofort direkt bei dem Herrn **Demobilmachungskommissar in Cassel** unter entsprechender Begründung sofortiges Eingreifen und Schutz unserer zahlreichen Arbeitswilligen zu beantragen.

HANAU, den 24. Juni 1920.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H.

GLYKYLOL

wasserfreie Aluminium-magnesium Silikatpaste

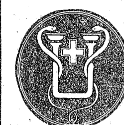
Ein Antiphlogistum als Dauerumschlag

hält stundenlang warm!

Die Probedose **Mk. 9.50**

Chemische Industrie, Berlin SO. 33

Köpenickerstr. 147.



SPIROGON

Praktisches und zuverlässiges Desinfektionsmittel zur

Prophylaxis der Geschlechtskrankheiten.

Auf den modernsten Lehren der wissenschaftl. Desinfektionskunde aufgebaut und in seiner Wirksamkeit ständig durch das bakteriologische Institut von Dr. Piorkowski-Berlin kontrolliert.

Gratismuster, Prospekte, Literatur zur Verfügung.

Union Fabrik. u. Handelsgesellsch., Berlin SW48, Friedrichstr. 7

Chemisch-Pharmazeutische Abteilung.

WERMOLÍN

D. R. G. M. **SPECÍFÍKUM** D. R. P. ANG.

GEGEN MADEN- U. SPULWÜRMER

IN STÄNDIGEM GEBRAUCH DER UNIV.-KINDER-KLINIK ROSTOCK DIR. PROF. DR. H. BRÜNNING

EMULSIO-CHENOP. ANTH. CPS.

PROBEN UND LITERATUR KOSTENLOS



DEUTSCHE WERMOLIN WERKE

BERLIN

SW 11 / Königgrätzer Str. 66 / Amt Lützow 3642

Recto-Serol

Merz' Haemorrhoiden Serum

das Haemorrhoiden Heilmittel

D. R. P.

Neutrale wasserlösliche Serummasse, enthaltend Lösungen von Extr. Hamamelid. virg., Novocain, Alum. acet. tart., Formaldehyd org. gebunden (fettfrei).

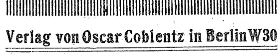
Zuverlässig in der Wirkung

Bequem im Gebrauch

Muster und Literatur stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

GROSSMANN





Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W30

Nachtrag

zur Preuß. Gebühren-Ordnung für Aerzte

v. 7. 8. 18.

M. 3.80

Aachener

Kaiserbrunnen — **Kaiserquelle**

kohlensäurehaltiges bestes Tafelwasser — natürliches Thermalwasser zu Haustrinkkuren,

abgefüllt unter Kontrolle der Stadtverwaltung wirkt vorbeugend und heilend bei

Rheuma, Gicht, Katarrhen

der Verdauungs- und Atmungs-Organe etc. Brunnenschriften durch Aachener Thermalwasser „Kaiserbrunnen" A. G. Aachen-Nord 44

Cornutinum ergoticum „Bombelon"

(Ergotin „Bombelon")

Name ges. geschützt

das **zuverlässige Mutterkornpräparat**

:: Literatur kostenlos ::

Packungen:

Flaschen zu 25 und 10 g und kleine Kassenpackung zu 5 g.

Ampullen zu 1,1 ccm. Cartons zu 3, 5 u. 10 Stück

Tabletten zu 0,5 g Röhren zu 10 und 20 Stück

Specificum

bei Menorrhagien, Metrorrhagien im Klimakterium etc.

Prophylacticum

während der Nachgeburts- und Involutions-Periode, nach Abort bei Atonie post partum usw. Bei Blutungen aller Art von bestem Erfolg (Ruhr usw.)

H. Finzelberg's Nachfolger

Chem. Werke Andernach a. Rh.



BABY-CREME
„Kosmata"
FEINSTES
SPEZIALERZEUGNIS
FÜR DIE
KINDERHAUT.
REIZLOS-MILDE
ERSTKLASSIGE AUFMACHUNG!
BINDER & KETELS
HAMBURG-BERLIN
ZENTRALVERKAUFSKONTOR:
HAMBURG 23.

89. Jahrgang | Berlin, 10. Juli 1920 | No. 28

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin S 61, Urbanstraße 2 — Fernsprecher Moritzplatz 8112

89. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M. 1.— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Anzeigen und Gegenanzeigen der Behandlung Herzkranker mit Bädern.

Von Dr. **Schmincke**, Bad Elster.

Im Folgenden soll versucht werden, aus der Temperaturwirkung der Bäder und aus allgemein therapeutischen Gesichtspunkten heraus deduktiv das Anwendungsgebiet derselben bei Herzkranken zu umgrenzen und zu erörtern, wieweit diese theoretischen Ueberlegungen mit der praktischen Erfahrung übereinstimmen.

Jedes Wasserbad übt wegen der größeren Wärmekapazität und des größeren Wärmeleitungsvermögens des Wassers im Vergleich zur Luft einen starken Temperaturreiz aus. Dieser ist um so größer, je weiter sich die Temperatur des Bades nach oben oder unten vom Indifferenzpunkt entfernt, ja selbst das sogenannte indifferente Bad von 34 Grad C. ist nicht absolut indifferent, eben wegen der oben angeführten physikalischen Eigenschaft des Wassers. Diese Temperaturwirkungen sind in den verschiedenen Bademedien verschieden stark, am stärksten im fließenden Bad, weniger stark im gewöhnlichen Wasserbad und am schwächsten im CO_2- und Moorbad.

Es sind 3 Hauptwirkungen, welche alle Autoren gleichmäßig in kühlen Bädern festgestellt haben. Das kühle Bad setzt die Herzfrequenz herab, es steigert den Blutdruck, es ruft eine Verengerung der peripheren und eine mäßige Erweiterung der inneren Blutgefäße hervor. Das heiße Bad steigert die Herzfrequenz, setzt den Blutdruck herab. Es ruft eine Erweiterung der peripheren und eine Verengerung der zentralen Blutgefäße hervor.

Die Temperaturwirkungen der Bäder sind also starke Reize für das Herz und Gefäßsystem. Es entspricht der Erfahrung, daß heiße Bäder den Körper außerordentlich anstrengen; ebenso zeigt die Erfahrung, daß auch kühle Bäder das Herz anstrengen. Mit Recht nennt Schott das kühle kohlensaure Bad eine Turnstunde für das Herz. Es kommen sonach Bäder bei Herzkranken übungstherapeutischen Maßnahmen gleich und somit bei allen den Herzkranken, welche Ruhe und Schonung nötig haben, nicht in Betracht; im Gegenteil, sie müssen ungünstig auf diese Zustände wirken.

Nach allgemein therapeutischen Grundsätzen bedürfen akut entzündete Teile der Ruhigstellung. Es kommen somit alle akuten Entzündungszustände des Herzens, wie die akute Endocarditis, die Myocarditis und die Pericarditis für eine Bäderbehandlung nicht in Betracht. Absolute Insuffizienz, bei der das Herz selbst in Ruhelage seine Funktion nicht mehr normal erfüllen kann, ferner schwere Angina pectoris mit lebensbedrohenden Anfällen schließen eine Bäderbehandlung aus. Leider zeigt die tägliche Erfahrung, daß immer wieder Kranke mit derartig schweren Herzzuständen Heilung und Besserung ihres Leidens von einer Badekur erwarten. Jeder Versuch, diese Leiden durch Bäder günstig zu beeinflussen, rächt sich, selbst bei schonendster Anwendung der Bäder. Irreführend für die Indikationsstellung wirkt der Vergleich der Wirkung der CO_2-Bäder mit der Digitaliswirkung. Dieser Vergleich hinkt nicht nur, sondern er ist direkt falsch. Die Digitalis ist indiziert in den Fällen schwerster Herzinsuffizienz, gerade in den Stadien, in welchen schwere Insuffizienzerscheinungen vorliegen, Fälle, bei denen eine Bäderbehandlung kontraindiziert ist. Ihr hervorragendster Effekt wird erzielt durch die Beseitigung der Oedeme, ein Effekt, der wohl niemals durch den Gebrauch der CO_2-Bäder erzielt worden ist.

Die Indikationen der CO_2-Bäder, als übungstherapeutischer Maßnahmen, sind die Herzerkrankungen, bei denen das Herz noch eine derartige Reservekraft besitzt, daß es außerwesentliche Arbeit zu leisten imstande ist. Relative Herzinsuffizienz nach abgelaufener Polyarthritis oder nach beseitigter Kompensationsstörung, leichte Formen von Angina pectoris, speziell die anginösen Zustände bei Rauchern, Herzbeschwerden Fettleibiger, Herzschwächezustände der Trinker sind die Paradefälle der balneologischen Therapie. In allen diesen Fällen wird durch die Bäder eine größere Leistungsfähigkeit des Hersmuskels und damit die Beseitigung der Beschwerden erzielt. Die kühlen Bäder sind durch ihren Einfluß auf die Herabsetzung der Herzfrequenz und die durch sie bewirkte Kontraktion der Hautgefäße ein wichtiges therapeutisches Mittel bei den funktionellen Herzstörungen in Fällen von Chlorose, Thyreose und im Kimakterium.

Es würde zu weit führen, das ganze Gebiet der Indikationen und Kontraindikationen erschöpfend zu behandeln, nur ein Krankheitssymptom bedarf noch der Erörterung. Es ist dies der erhöhte Blutdruck. Der stark erhöhte Blutdruck, bei verstärktem Zwei-Aortenton, also bei Ausschluß einer Aorteninsuffizienz, ist in fast allen Fällen der Ausdruck einer Krankheit, nämlich der Schrumpfniere. Die gleichzeitig bestehende Hypertrophie des linken Ventrikels, die Herzbeschwerden sind die Folgen der Nierenerkrankung. Nierenkranke reagieren aber bekanntlich außerordentlich ungünstig auf Kältereize. Es sind daher bei erhöhtem Blutdruck kühle Bäder nicht angezeigt. Mir sind Fälle aus der Praxis bekannt, bei denen nach kühlen Bädern lebensbedrohende Erscheinungen auftraten. Kranke mit erhöhtem Blutdrucke erzielen gute Erfolge durch warme Bäder. Häufig leiden diese Kranken auch an gichtischen Beschwerden. Es sind daher warme Moorbäder ein hervorragendes Mittel, das in allen Fällen, bei denen der erhöhte Blutdruck mit Gicht kombiniert ist, zur Anwendung kommen sollte.

II. Referate.

Allgemeines.

Obermedizinalrat Prof. Dr. **M. v. Gruber** (München): **Der Unterricht über körperliche Erziehung an den Hochschulen.** (Münchener medizinische Wochenschrift 1920, Nr. 17.)

Verfasser unterzieht die vielfachen Bestrebungen einer Förderung der Forschung und Lehre über körperliche Erziehung durch Erteilung von Lehraufträgen und die von verschiedenen Universitäten abgegebenen Guachten in dieser Angelegenheit einer sorgfältigen Kritik. Er kommt zu dem Schluß, daß der Lehrplan der Studierenden der Medizin durch Vorlesungen über körperliche Erziehung nicht überlastet werden dürfe; ebensowenig hält er von gemeinverständlichen Vorlesunegn ärztlicher Dozenten. Dagegen sollten die Aerzte, die sich mit Jugendfürsorge, Schul- und Gewerbehygiene befassen, sowie Ingenieure und Fabrikleiter eine gründliche Kenntnis über körperliche Erziehung besitzen. Besondere wissenschaftliche Institute für Physiologie und Hygiene der Arbeit sowie eigene Hochschulen für Leibesübungen und eine einzelne Lehrkanzel für den Unterricht der Lehramtskandidaten des Turnfaches in Hygiene sind nicht zu empfehlen. Dagegen sollten die angehenden Turnlehrer theoretisch durch die Dozenten der in Frage kommenden Disziplinen der Medizin in Anatomie, Physiologie, Schulgesundheitspflege, erster Hilfe bei Unglücksfällen und orthopädischen Grundbegriffen unterwiesen werden. Der Hauptwert der Ausbildung der Turnlehrer sollte aber auf die pädagogische Seite gelegt werden, da die Erziehung des Willens und die Kräftigung des Charakters die wichtigsten Aufgaben des Turnunterrichts der Zukunft darstellen.

Das eingehende und geistvolle Gutachten ist nicht nur für Schulärzte und Turnlehrer sehr beherzigenswert sondern verdient in unserer Zeit, in der die Leibesübungen als das beste Aequivalent gegen die durch die Unterernährung hervorgerufenen Schädigungen, namentlich des jugendlichen Organismus, im Vordergrund stehen, das lebhafteste Interesse aller Aerzte und Pädagogen. Hh.

Prof. Dr. **Adolf Lorenz** (Wien): **Der Schularzt als Orthopäde.** (Wien. med. Wochenschrift 1920 Nr. 24.)

Verfasser betont, daß unter den Aufgaben der modernen Schule neben der geistigen und ethischen Förderung die Fürsorge für die Pflege und die allgemeine Gesundheit und die körperliche Ertüchtigung eine sehr wichtige ist. Dazu gehört vor allem eine ausreichende Ernährung, und man muß durchaus mit der Anschauung einverstanden sein, daß für arme Kinder das freie Frühstück wichtiger ist als die unentgeltlichen Lehrmittel; ebenso wichtig ist es auch, für die armen Kinder genügende Kleidungsstücke zu schaffen. Für die Berücksichtigung der Entwicklung der Kinder genügt nicht die Einschiebung von hinreichenden Pausen und die Einrichtung allgemeiner Bewegungsspiele, sondern es bedarf auch einer individuellen Fürsorge und Ueberwachung der körperlichen Entwicklung durch den Schularzt. Auf die Orthopädie ist dabei besonderes Gewicht zu legen. Besonders wichtig ist die frühzeitige Diagnose und Behandlung der Rachitis und namentlich der rachitischen Skoliose; aber auch die habituelle Skoliose soll in ihren Anfängen nicht übersehen werden. Noch wichtiger dürfte die Frühdiagnose der tuberkulösen Knochen- und Gelenkserkrankungen, insbesondere der Wirbelsäule, sein. Bei jeder Schiefhaltung soll der Schularzt neben der rachitischen und habituellen Skoliose auch an eine tuberkulöse Erkrankung der Wirbelsäule denken. Das koxitische Hinken kann deshalb leicht übersehen werden, weil häufig gerade am Tage sich keine Schmerzen zeigen und die nächtlichen Schmerzanfälle naturgemäß dem Schularzt entgehen. Hh.

Innere Medizin.

Prof. Dr. **F. Klewitz** (Königsberg): **Ueber Chinidin bei Vorhofflimmern.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 1.)

Während Frey und G. v. Bergmann bei der Anwendung des Chinidin gegen Vorhofflimmern gute Erfolge erzielten, war Verfasser weniger glücklich. Er wandte Chinidin in 13 Fällen an, und nur in einem einzigen Falle erzielte er einen nachhaltigen Erfolg. In der Mehrzahl der Fälle wurde täglich 0,8—1 g Chinidin in 4—5 Einzeldosen von 0,2 gegeben. In anderen Fällen erhielten die Kranken täglich 1,2 g in 3 Einzeldosen von 0,4 g. In den meisten Fällen wurde Chinidin gut vertragen; in 2 Fällen übte es einen ungünstigen Einfluß auf den Kreislauf aus. In einigen Fällen, bei denen Chinidin allein keinen Erfolg hatte, erzielte eine kombinierte Chinin-Digitalismedikation eine gute Wirkung.

Dr. **Enge** (Heilanstalt Strecknitz-Lübeck): **Das Herztonicum und Sedativum Digimorval.** (Med. Klin. 1920, No. 22).

Die Münchener Pharmazeutische Fabrik in München stellt seit längerer Zeit ein neues Herzmittel in Tablettenform dar, das Digimorval, welches aus 0,05 g Pulv. folior. digitalis titr., 0,005 g Morph. muriat. und 0,1 g Methol-Valerianat besteht. Durch die glückliche Kombination der drei verschiedenen Komponenten kommt das Mittel für das Herz zu gleicher Zeit als Tonikum wie auch als Sedativum in Betracht. Besonders bewährt hat es sich bei den Fällen, bei denen die subjektiven Herzbeschwerden im Vordergrund stehen, sowie bei den Fällen von Herzschwäche nach akuten Infektionskrankheiten, namentlich Grippe, und bei Herzschwäche nach dysenterischen Affektionen. rs.

Privatdozent Dr. **Georg Rosenow** (Königsberg): **Heilung der Pneumokokkenmeningitis durch Optochin.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 1.)

Die intralumbale Anwendung von Optochin wurde schon mehrfach bei Pneumokokkenmeningitis mit Erfolg versucht. Auch Verfasser wandte diese Therapie in einem Falle an und erzielte Heilung. Es handelte sich um eine 32 jährige Frau, welche im Anschluß an einen Abort an Meningitis erkrankte. Bei der dritten Lumbalpunktion fanden sich in dem stark eitrigen Liquor massenhaft typische Pneumokokken. Nach Entleerung von 20 ccm Liquor wurden 0,03 Optochin hydrochloricum, in 15 ccm sterilem Wasser gelöst, langsam in den Lumbalkanal injiziert. Die intralumbale Optochininjektion wurde noch zweimal wiederholt. Schon nach der zweiten Einspritzung war der Liquor frei von Pneumokokken. Nach einigen Wochen wurde die Patientin als geheilt entlassen.

Ina Synwoldt (Rostock): **Zur Eosinophilie bei Muskelrheumatismus.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 4.)

Auf Grund ihrer Untersuchungen in der Rostocker medizinischen Universitätspoliklinik bestätigt die Verfasserin die Angabe von Bittorf, daß für den akuten schweren Muskelrheumatismus Eosinophilie, für chronischen Muskelrheuma ismus ein höherer Grad von Lymphozytose charakteristisch ist. Es fand sich in 79 Proz. der Fälle von akutem Muskelrheumatismus Eosinophilie, die Höchstwerte waren 18 und 22 Proz. Eosinophilie, während der Normalwert 1—3 Proz. beträgt.

Dr. **Curt Stäckert** (Bernburg): **Muskelrheumatismus und Eosinophilie.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 7.)

Auf Grund seiner Untersuchungen bestätigt Verfasser die Angabe Bittorfs, daß im Blute von an Muskelrheumatismus leidenden Kranken sich eine erhebliche Eosinophilie findet. Die Zahl der eosinophilen Zellen betrug in Verfassers Fällen von Muskelrheumatismus 6,5—16 Proz., im Durchschnitt 9 Proz. Mit fortschreitender Besserung geht die Eosinophilie zurück und verschwindet schließlich gänzlich. Gleichzeitig besteht eine Vermehrung der Lymphozyten. Die Eosinophilie bei Muskelrheumatismus ist ein sehr brauchbares Hilfsmittel zur Differentialdiagnose gegenüber anderen Erkrankungen, die mit Muskelrheumatismus verwechselt werden können, insbesondere Neuralgien.

Chirurgie und Orthopädie.

Dr. **F. Mommsen** (Berlin): **Ueber die Versorgung Doppeloberschenkelamputierter.** (Zeitschr. für orthop. Chirurgie, Band 39, Heft 3.)

Von besonderer Wichtigkeit ist bei den Doppeloberschenkelamputierten die richtige Herstellung des künstlichen Kniegelenks, namentlich in Hinsicht auf die Art, wie es beim Stand festgestellt wird. Hoeftmann verlangte, daß die künstlichen Kniescharniere möglichst weit nach hinten verlegt würden. Ferner wurde der frühzeitige vordere Fußgelenkanschlag zur Erhöhung der Standfestigkeit verlangt. Verf. legte im Gegensatz dazu die Kniegelenkscharniere etwas weiter nach vorn an, als man bei einseitig Oberschenkelamputierten für richtig hält. Als Tragvorrichtung wendet er einen doppelten, über der Brust gekreuzten Schulterträger an, der sich in Höhe des Nabels nach vorn und hinten wieder teilt und zu der Innenrolle jedes Beines führt. Diese Tragvorrichtung wirkt nicht nur suspendierend, sondern auch adduzierend auf die Prothese. Hh.

Dr. **Siegfried Romisch** (Wien): **Ueber Deformitäten des Vorderfußteils.** (Zentralblatt für chirurgische und mechan. Orthop. Band 13, Heft 9.)

Pes valgus kommt auch bei Leuten vor, die nie Schuhe getragen haben. Verf. gibt eine Erklärung der Entstehung dieser Deformität, die auf eine Ueberbeanspruchung des Musculus adductor hallucis zurückzuführen ist. In der Hauptsache kommt sie zur Entwicklung bei langdauerndem Stehen, aber auch bei übermäßiger Beanspruchung im Gehen, besonders bei gleichzeitiger schwerer Belastung. Die Prophylaxe verlangt die Vermeidung aller Noxen, welche zur Abflachung des vorderen Quergewölbes und zur Ueberbeanspruchung des Musculus adductor hallucis führen. Therapeutisch kommt die Wiederaufrichtung des vorderen Quergewölbes in Frage durch elastische Einlagen unter den Metatarsus und seitlichen Druck. Das einfachste Verfahren ist eine Watteeinlage unter das Quergewölbe und zirkulär komprimierender Heftpflasterverband um die Metatarsus-

köpfchen. Besonders bewährt hat sich eine Ledereinlagesohle mit einer Blattfeder an der Unterseite, welche mit einer Schlupfe zur Aufnahme des Hallux armiert ist. Hh.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dr. **Alfred Loeser** (Berlin): **Der Fluor, seine Entstehung und eine neue kausale Therapie mittels des Bakterienpräparates „Bazillosan".** (Zentralblatt für Gynäkologie. 1920, Nr. 17.)

An dem ausgiebigen Material der Universitätsfrauenklinik der Berliner Charité (GR. Prof. Franz) hat Verfasser durch eingehende Studien festgestellt, daß das Scheidensekret ein glykogenhaltiges Ernährungstranssudat ist, in dem durch den normal latenten Scheidenmikrobismus eine Gährungsmilchsäure entwickelt wird. Innere Krankheitsursachen wie Störungen der inneren Sekretion, verminderte Glykogendeponierung, Stauung durch Lageanomalien der Gebärmutter, Tumoren, Koprostase usw., Anämie, Basedow'sche Krankheit, Habitus asthenicus, Kachexie können die Menge des Transsudates erhöhen und zum Fluor führen. Ebenso äußere Krankheitsursachen, wie Mikroben, Fremdkörper, chemische Reizungen. In der Therapie ist das wichtigste Moment die Beobachtung der Scheidenbiologie. Der gesunden Scheide ist eine gewisse Bakterienflora eigentümlich, die durchaus nicht pathogen ist. Das Prinzip der Therapie liegt nun darin, die Bakterienrassen zu verwerten, die der normalen Scheide eigentümlich sind, Bakterienrassen, welche die normalen Bakterien der Scheide in ihrem Kampf gegen unerwünschte Außenkeime unterstützen. Auf Veranlassung des Verfassers stellt die Chemische Fabrik Güstrow das Bazillosan her, das sich sehr bewährt hat. Die Substanz wird zweimal wöchentlich als Puder oder als Tablette tief in das hintere Scheidengewölbe hineingebracht. Zuerst entsteht eine Steigerung der Sekretion, worauf aber das Sekret bald heller wird und nachläßt, und die gewöhnlich alkalisch gewordene Reaktion wieder sauer wird. Das subjektive Befinden zeigt bald eine Besserung. Spülungen und Trockenbehandlungen, wie sie bisher üblich waren, sind direkt als schädlich zu betrachten, da sie aus der Scheide die Bakterien, die ihr innewohnen, entfernen, was durchaus nicht erwünscht ist. rs.

Privatdozent Dr. **Hans Hermann Schmid** (Prag): **Die manuelle Aortenkompression bei Blutungen in der Nachgeburtsperiode und nach der Geburt.** (Zentralblatt für Gynäkologie 1920, Nr. 19.)

Verf. ist der Ansicht, daß die Momburg'sche Blutleere so große Gefahren in sich birgt, daß man sie in der Geburtshilfe möglichst vermeiden und dafür lieber die Sehrt'sche Aortenklemme anwenden soll. Wo ein solches Instrument nicht zur Stelle ist, da empfiehlt sich als rasches, sicheres, schmerzloses und gefahrfreies Mittel die manuelle Kompression der Bauchaorta, die so einfach ist, daß sie nicht nur von jedem Arzt, sondern auch von jeder Hebamme gekannt sein müßte. Das Verfahren wurde schon im 18. Jahrhundert von La Torre angewendet. Die Technik ist folgende: Man stellt sich am besten an die rechte Seite der Gebärenden, drückt mit der linken Faust oberhalb des Fundus uteri unter Empordrängen der Darmschlingen derartig gegen die linke Seite der Lendenwirbelsäule, wo man die Aorta pulsieren fühlt, daß die Mittelphalangen auf die Aorta zu liegen kommen. Wenn man mit der rechten Hand den linken Unterarm in der Gegend des Handgelenkes umfaßt und sich mit seinem Körper in seiner ganzen Schwere entgegenstemmt, dann kann man die Kompression über eine Viertelstunde lang gut aushalten, um in der Zwischenzeit nach anderen Maßnahmen Umschau zu halten. rs.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Dr. **Rohleder** (Leipzig): **Organotherapie des Prostatismus.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 3.)

Nach des Verfassers Erfahrungen erzielt man beim sogenannten Prostatismus, bei dem es sich entweder um Prostatahypertrophie oder um Prostataatrophie handelt, eine günstige Einwirkung auf die Beschwerden durch organotherapeutische Präparate. R. verwendet speziell das T e s t o g a n, welches die Extrakte von Hoden, Prostata, Samenblase, daneben auch Schilddrüse, Nebenniere, Hypophyse und außerdem Yohimbin enthält, und H o r m o s p e r m i n welches dieselben Extrakte ohne Yohimbin enthält, und zwar gibt er 3 mal täglich 1 Tablette nach Tisch. Nach seinen Erfahrungen wirkt das Präparat ohne Yohimbin genau so wie das Präparat mit Yohimbin. Die Wirkung ist am besten im ersten Stadium, bei der akuten Harnverhaltung, wenn es noch nicht zu Residualharn gekommen ist; die Präparate wirken auch noch im zweiten Stadium, dem der chronischen, partiellen oder totalen Harnretention, beseitigen oder lindern die Miktionsbeschwerden und den Harndrang, verhindern dadurch die Bildung von Residualharn und das Entstehen von Zystitis. Der Erfolg ist nur vorübergehend, er überdauert die Medikation einige Zeit. Im dritten Stadium sind nach R. die Organpräparate unwirksam. Man kann somit durch die genannten Präparate im ersten und zweiten Stadium des Prostatismus die Beschwerden bedeutend mildern und das dritte Stadium hinausschieben.

Prof. **G. L. Dreyfus** (Frankfurt a. M.): **Steriles, dauernd haltbares Ampullenwasser für intravenöse Salvarsaninjektionen.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 4.)

Im allgemeinen gilt die Vorschrift, zur Bereitung der Lösungen von Salvarsanpräparaten nur frisch destilliertes Wasser zu verwenden. Dies bedeutet zweifellos eine große Erschwerung für die praktische Durchführung der Salvarsantherapie. Einzelne Autoren haben allerdings angegeben, daß man auch abgekochtes Leitungswasser (z. B. für Neosalvarsan und Silbersalvarsanlösungen) benutzen könne. Jedoch ist dies nicht überall zulässig, da an vielen Orten das Leitungswasser stark kalkhaltig ist und mit Salvarsan Niederschläge gibt. Im allgemeinen muß man daher destilliertes Wasser benutzen. Langjährige Untersuchungen des Verfassers haben nun ergeben, daß es möglich ist, destilliertes Wasser herzustellen, welches in zugeschmolzenen Ampullen jahrelang unverändert bleibt und jederzeit zur Bereitung von Salvarsanlösungen benutzt werden kann. Die Chem.-pharmac. Industrie Dr. Fresenius, Frankfurt a. M. (Hirschapotheke) stellt derartiges steriles, dauernd haltbares Ampullenwasser unter Kontrolle des Georg Speyer-Hauses her und gibt es an Aerzte in Ampullen von 10, 20 und 30 ccm ab.

Strahlenbehandlung.

Privatdozent Dr. **A. Böttner** (Königsberg): **Zur Röntgentherapie der Polyzythämie nebst einigen Bemerkungen zur Röntgentherapie der Leukämie.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 3.)

Bei der Röntgenbehandlung der Polyzythämie wurde bisher nur in wenigen Fällen Besserung resp. Heilung erzielt. Verfasser berichtet über einen Fall, in welchem er durch Bestrahlung von Extremitätenknochen sowie der Milz einen vorläufigen Rückgang aller Symptome erzielte. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt er, die kurzen und langen Knochen in größerer oder geringerer Ausdehnung je nach der Schwere der Erkrankung unter Bevorzugung der Röhrenknochen, besonders solcher, die Schmerzen aufweisen, intensiv zu bestrahlen, und auf die Milz Reizdosen zu applizieren. Die isolierte Milzbestrahlung ist nahezu erfolglos. Die Bestrahlung der Beckenknochen ist wegen der Nachbarschaft der Keimdrüsen kontraindiziert. Während der Bestrahlung ist das Blutbild, besonders der Leukozytenbefund, streng zu kontrollieren. Bei der Leukämie ist ebenfalls die Bestrahlung des Knochensystems, besonders der Röhrenknochen, zweckmäßig; hier ist eine intensive Milzbestrahlung vorauszuschicken.

Prof. **v. Jaschke** und Dr. **Siegel** (Gießen): **Die Fern-Großfelderbestrahlung in der gynäkologischen Röntgen-Tiefentherapie, speziell des Uteruskarzinoms.** (Münchener med. Wochenschr. 1920, Nr. 21.)

Friedrich hat gezeigt, daß die Ausnutzung der Sekundärstrahlen mit der Größe der Einfallspforte und der Größe des Fokus-Hautabstandes zunimmt und daß praktisch die maximalste Ausnutzung der Streustrahlen bei einer Einfallspforte von 20×20 cm und einem Fokus-Hautabstand von 50 cm in 10 cm Tiefe erreicht wird. Weiter hat sich gezeigt, daß mit der Härte der primär benutzten Strahlung die therapeutische Wirksamkeit der Streustrahlen zunimmt. Anlehnend an Untersuchungen von Friedrich und Krönig wenden Verf. die Fern-Großfelderbestrahlung an, und zwar benutzen sie die Coolidge-Röhre mit dem Coolidge-Apparat der Firma Siemens & Halske bei einem Induktionsstrom, der eine Spannung von 150 000 Volt liefert. Während der Röntgentherapie legen Verf. den größten Wert darauf, die Abwehrkräfte des Körpers gegen Karzinom und Karzinommaterie zu wecken und zu steigern, und zwar durch Mastkuren, Arsen, Eisen, Freiluftliegekuren und Höhensonnebehandlung, in letzter Zeit wurde auch nach Weichardts und Lindigs Ideen über Protoplasmaaktivierung Caseosan intravenös in Anwendung gebracht. Hh.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Balneologische Gesellschaft.

Hr. **Stemmler** (Ems): **Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen der Atmungsorgane** (Referat). Ist im Original in Nr. 20 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Strauß** (Berlin): **Ueber Herbst-, Winter- und Frühjahrskuren in Deutschland.** Ist im Original in Nr. 21 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Möller** (Berlin): **Würdigung der Behandlungsmethoden bei Lungentuberkulose.** Ist im Original in Nr. 22 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Bruns** (Göttingen): **Untersuchungen und Erfahrungen über Trockeninhalation.** Ist im Original in Nr. 23 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Krone** (Sooden a. d. Werra): **Die Bedeutung des Solbades bei Erkrankung der Atmungsorgane nach Grippe.** Ist im Original in Nr. 24 dieser Zeitschrift erschienen.

Aussprache

(zu dem Referat Stemmler und zu den Vorträgen Strauß, Möller, Bruns und Krone):

Hr. Siebelt (Flinsberg): Wir haben in Flinsberg mit der Anwendung von heißen Moorumschlägen außerordentlich günstige Erfolge bei chronischen Luftröhrenkatarrhen erzielt und rasche Verflüssigung der zähen Sekrete und damit Linderung des Hustenreizes und Beruhigung erreicht, bei chronischer Rippenfellentzündung haben wir rasches Einschmelzen der Schwarten beobachtet. Der Krieg zwang uns, die Kriegsteilnehmer auch im Winter Kuren zu unterziehen. Dabei zeigte sich, daß die befürchteten Erkältungskrankheiten fast ganz ausblieben, wenn gewisse Vorsicht, wie mehrstündige Bettruhe nach dem Bade usw., geübt wurde. Auch wirtschaftlich ist es wichtig, für Winterkuren einzutreten, um den Kurorten während der toten Zeit eine gewisse Rente zuzuführen.

Hr. Cohn (Kudowa): Die Frage der Durchführung von Frühjahrs-, Herbst- und Winterkuren in Deutschland halte ich für äußerst wichtig. Außer denjenigen Kranken, die früher südliche klimatische Kurorte aufsuchten und es jetzt vor allem aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr können, hat die Frage auch noch für viele Kurgäste Bedeutung, welche die hohen Preise der Sommerkurzeit nicht aufbringen können. In den genannten Jahreszeiten ließen sich zweifellos die Kosten für eine Badekur wesentlich reduzieren. Die Frage gewinnt somit auch eine hohe sozialhygienische Bedeutung. Allein mit der Anregung ist noch nicht geholfen. Es muß einwandfrei und objektiv festgestellt werden, welche Bäder sich zu gewissen Jahreszeiten für Kuren eignen. Denn es gibt viele Kurorte, die beispielsweise für eine Herbstkur sich vorzüglich eignen, deren klimatische Verhältnisse aber eine Winterkur als nicht ratsam erscheinen lassen. Ich gestatte mir daher den Vorschlag, die Balneologische Gesellschaft wolle eine Kommission ernennen, die sich mit den ärztlichen Vertretungen der einzelnen Kurorte in Verbindung setzen und ihnen eine ganz prägnante Fragestellung zugehen lasse, die Klima, Offenhaltung des Bades, Verbindungen, Preise, ärztliche Versorgung u. a. m. umfassen müßte und hieraus ein geordnetes Verzeichnis derjenigen Kurorte herausgeben, die sich für derartige Kuren eignen. Wenn Resultate, die auf eine derartige einwandfreie Weise gewonnen sind, in die Oeffentlichkeit gelangen, so würde das Mißtrauen, das zurzeit gegen derartige Kuren noch besteht, verschwinden zum Nutzen der Kurbedürftigen und gewiß nicht zum Schaden der Kurorte.

Hr. Häberlin (Wyk auf Föhr): Die Durchführbarkeit einer Winterkur an der Nordsee zum Nutzen der verschiedensten Erkrankungen ist als erwiesen zu betrachten. — Ich weise aber besonders auf die Nützlichkeit der Herbstkuren hin. Wie Camerer zuerst zeigte und Franz Müller vor kurzem bestätigte, ist im Herbst der Eiweiß-Ansatz bei Kindern am stärksten. Das habe ich klinisch dadurch bestätigt gefunden, daß Patienten, mit denen sonst wenig Fortschritt zu erzielen war, im Herbst gute Heiltendenz zeigten. Ich lege Ihnen daher ans Herz, diesem Umstand bei Bestimmung der Kurjahreszeit Rechnung zu tragen.

Hr. Hoffmann (Warmbrunn): Um über den Begriff „Erkältung" Studien zu machen, habe ich während des Winters an ausgesucht kalten Tagen Thermalbäder von 37 Grad C. und übergroßer Dauer genommen und bin dann ohne jeden besonderen Schutz, ohne Mantel, im Hausanzuge, etwa eine halbe Stunde im Ort herumgegangen. Irgend welche Spuren von Erkältung habe ich in keinem Falle beobachtet.

Hr. Strasser (Wien): Ich hätte gerade das Referat von Herrn Stemmler mir so gedacht, daß er ein Schema liefert, wie die Kriegskrankheiten der Lunge mit den Mitteln der Bäder zu behandeln sind; denn daß diese Kurmittel vielfach geeignet wirken, haben die meisten Anwesenden schon gewußt. — Die Erkältung wurde auch schon früher als Krankheitsursache geleugnet; sie ist aber sicher imstande, Krankheiten hervorzurufen, und noch mehr, Krankheitsdisposition zu schaffen, z. B. durch Schädigung des Epithelbelages der Lunge (Lipari, Seidel). Ich bin auch der Meinung, daß von den Abhärtungskuren mehr Gebrauch zu machen wäre, die Mittel dazu sind in den meisten Bädern vorhanden. —

Hr. Tobias (Berlin): Die Frage der „Erkältung", die vor allem von Strasser angeschnitten wurde, verdient besonders das Interesse der Aerzte. Ich erinnere an die Arbeiten von Ad. Schmidt und Goldscheider über den Muskelrheumatismus, die leider durch den Krieg unterbrochen wurden, und an den Gegensatz der beiden Autoren, von denen Goldscheider Schädigungen durch Erkältungen auch ohne Infektion für möglich hält, während Ad. Schmidt nur an Schädigungen auf dem Wege über die Infektion denkt.

Hr. Stemmler (Ems) [Schlußwort]: Wenn ich zunächst auf die Ausführungen von Herrn Strasser eingehe, so habe ich dazu zu bemerken, daß die Differenz in unseren Ansichten nur in der Disposition des Referates liegt. Wenn die Anwendung der balneologischen Kurmittel auf die Kriegsschäden nicht eingehender behandelt wurde, so liegt das an der kurzen Zeit, welche mir zur Verfügung stand. Es ist sicher, daß dem Moorumschlag bei chronischer Bronchitis und Schwartenbildung eine erhöhte Wirkung zugestanden werden muß. —

Auch ich habe mit großer Freude die Ausführungen im Vortrage von Herrn Strauß begrüßt. Es ist aber notwendig, daß wir sichere Unterlagen für klimatische Beurteilung haben, und dazu genügen die meisten meteorologischen Angaben, welche die Badeorte uns heute bieten, nicht. Es ist den Badeverwaltungen zu empfehlen, ihre meteorologischen Anstalten so einzurichten, daß sie den staatlichen Anforderungen genügen und damit ein gleichartiges Material zur Grundlage klimatischer Beurteilung geben.

Hr. Strauß (Berlin) [Schlußwort]: Das Wesentliche ist, daß die Not der Zeit zur Einrichtung von Erholungsmöglichkeiten drängt, die früher zwar schon angeregt, aber nicht in dem Grade nötig waren, wie dies jetzt der Fall ist. Für die praktische Nutzanwendung der Anregung ist allerdings nötig, daß schon bald Erhebungen und Einrichtungen getroffen werden, welche dem vorliegenden Gebiete gelten. Welcher Art diese Erhebungen sein müssen und welche Vorkehrungen getroffen werden müssen, läßt sich in der Tat am besten durch eine Kommission feststellen, wie sie von Herrn Cohn vorgeschlagen ist. Dieselbe müßte aber bald ihre Arbeit beginnen.

Auf Anregung von Herrn Strauß wird folgender Beschluß gefaßt:

„Die Versammlung wünscht, daß eine Kommission ernannt wird. Die Zusammensetzung und die Arbeitsweise derselben soll der Vorstand bestimmen."

Hr. **Häberlin** (Wyk auf Föhr): **Die Rolle der See beim Wiederaufbau der Volksgesundheit.** Ist im Original in Nr. 25 dieser Zeitschrift erschienen.

Aussprache.

Hr. Strauß (Berlin): Das Klima an der See und im Gebirge hat auch für Sonnenkuren seine unbestreitbaren Vorzüge; doch können praktische Gründe auch für die Einrichtung von suburbanen Heilstätten sprechen. Dieselbe Frage ist schon vor 20 Jahren bei der Frage der Einrichtung von Lungenheilstätten vielfach diskutiert worden. Wie auch dort, so mögen auch hier die See- und Gebirgsheilstätten durch suburbane Einrichtungen ergänzt werden. Immerhin mögen bei Neu-Einrichtungen die Seeheilstätten, die ja auch an der näher gelegenen Ostseeküste gelegen sein können, in erster Linie berücksichtigt werden.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Schluß.)

2. Praktische Digitalistherapie.

Herr **Brugsch** will zur Erörterung stellen: 1. das Indikationsgebiet in der Klinik, 2. die Beurteilung der klinischen Wirkung, 3. die Art und Weise der Behandlung, 4. die toxischen Erscheinungen, 5. die Wahl des Präparates. Digitalis verkürzt die Systole und verlängert die Diastole; es entsteht Zunahme des Pulsvolumens mit vermehrter Arbeit des Herzens, die bis zum 2—3 fachen des normalen Wertes steigt. Es liegt wohl eine Beeinflussung des sympathischen fördernden Nervenastes wie des Vagus-Zentrums zugrunde. Das kranke menschliche Herz ist für die Erregung des Vagus unempfindlich. Digitalis ist überall da indiziert, wo eine Störung der Herztätigkeit besteht. Insuffizienz des linken Ventrikels, des rechten, ferner beider Kammern und vasomotorische Parese. Ausgesprochene Wirkungen erzielt man immer bei Insuffizienz des linken, oft aber auch des rechten Ventrikels. Hierbei gibt es fast stets Vergrößerung des Herzens. Bei Insuffizienz beider Ventrikel z. B. nach Infekten wird Digitalis negiert; das Gleiche gilt für die Parese der Vasomotoren. Trotzdem ist in praxi die intravenöse Anwendung berechtigt. Ob ein Erfolg bleibt, ist zweifelhaft. Beim gesunden Herzen wird der schnelle Puls an sich im allgemeinen nicht durch Digitalis beeinflußt. Aber besonders sehr erregbare Menschen mit sehr kleinem Kugelherzen reagieren mit Verlangsamung; das ist aber nicht günstig; denn es folgen subjektive Beschwerden. Auch Herzen mit Dilatation, mit sehr stark übererregbarem Vagus und schlechtem Tonus gehören hierher; wird der Vagus durch Atropin ausgeschaltet, so kann Digitalis einen Einfluß auf den Tonus ausüben. Das ist praktisch nicht von Bedeutung.

Vom unregelmäßigen Pulse gehören zur Digitalis-Indikation die Extrasystolie, die paroxysmale Tachykardie und der Pulsus perpetuus irregularis. Zumal bei letzterem wirkt Digitalis im allgemeinen regulierend; hier handelt es sich um Koordinationsstörungen der Vorhofsmuskulatur. Digitalis setzt die Leitungsfähigkeit der Nervenbündel herab; doch darf es nicht zur Bradysystolie der Kammer kommen.

Jede Digitalis-Therapie soll den Kreislauf verbessern; aber der Blutdruck gibt keinen Maßstab ab. Wertvoller ist die Pulsfrequenz-Beobachtung. Herabgehen einer erhöhten Frequenz auf die Norm spricht für den Erfolg der Medikation. Es muß auch die Diurese berücksichtigt werden. Große Dosen Digitalis bringen die Nierengefäße zur Konstriktion und hemmen die Nierenfunktion; kleine fördern sie durch Erweiterung der Gefäße. Aehnlich ist es bei den Koronar-Gefäßen. Das sicherste Kennzeichen für die Stauung ist der Kohlensäurespiegel im Blute; aber diese Probe ist nur in der Klinik möglich. Bei akuten Infektionen mit Kollapserscheinungen ist die Feststellung der veränderten Pulsamplitude als unzuverlässig abzulehnen.

Bei Herzinsuffizienz mit Stauungserscheinungen sind große Dosen zu vermeiden und durch chronische Behandlung mit kleinen Dosen zu ersetzen. Aber die Behandlung soll schon zu einem Zeitpunkt einsetzen, wo nicht der z. B. linke geschwächte Ventrikel so schwach ist, daß er absolut versagt. Aber auch bei absoluter Insuffizienz im kleinen Kreislauf ist die längere Behandlung mit kleinen Dosen vorzuziehen; große Dosen sind gefährlich. Auch im Koronarkreislauf, an den Nierengefäßen sind toxische Schäden und kumulative Wirkungen zu befürchten: Wirkungen auf das Brechzentrum, auf den Rhythmus, Bigeminie können sich einstellen. Selbst wenn die Stauung beseitigt ist, ist ein Rückfall nicht auszuschließen. chronisch gereichte kleine Dosen bringen den Kranken durch, und das Herz wird vor Insuffizienz bewahrt, toxische Schä-

den vermieden; Atropin und Belladonna können den Tonus schützen. Das Gleiche gilt für den Pulsus irregularis perpetuus, der mit kleinsten Dosen jahrelang in Schach zu halten ist, durch die Erschwerung der Reizleitung von Vorhof zu Ventrikel; aber es darf nicht zur Blockierung der Vorhofsbündel kommen.

Ist schnelle Wirkung von nöten, so ist die intravenöse Anwendung indiziert, ebenso da, wo stomachale Einverleibung unmöglich ist; z. B. bei Asthma cardiale, Hypertonie, bei Herzkollaps nach akuten Infektionskrankheiten, bei Vorhofflimmern (paroxysmale Tachykardie). Wirklich wirksam ist die Therapie nur bei Insuffizienz des linken Ventrikels mit Kollapserscheinungen.

Unzweckmäßige Nebenerscheinungen sind Erbrechen (aber es ist zu scheiden zwischen lokaler Magenwirkung durch die Saponine und zentraler Wirkung). Die erstere läßt sich durch das richtige Präparat vermeiden, aber nicht die zentrale; sie stellt sich nach 8—14 tägiger Anwendung auch von nur 0,1 Digipuratum ein. Sie ist nicht gefährlich; setzt man das Mittel aus, so geht es besser. Nach einigen Tagen verschwindet die Nebenwirkung; es tritt Gewöhnung ein. Geht der Puls auf 65 Schläge herunter, ist die Zunge belegt, zeigen sich andere Magenstörungen und Augenflimmern, so zwingen sie zum Aufhören oder Heruntersetzen der Dosis. Als Vergiftungserscheinung ist das Umschlagen der Pulsverlangsamung in Arrhythmie und Beschleunigung zu betrachten; es sind das automatische Kontraktionsreize, die zu Bigeminie nach heterotropen Reizen auf die Zentren und Herzflimmertod führen können. Die Glykoside verankern sich an das Herz; bis sie vom Herzen aufgespeichert sind, vergeht eine Latenzzeit. Die Wirkung folgt erst der Speicherung. Die Kumulation ist Ergebnis einer zu hohen Digitalis-Dosis und immer zu vermeiden. Bleibt man unter 0,2 pro dosi folia Digitalis titrata, so ist sie ausgeschlossen.

Ein Unterschied der Präparate besteht im Quale der Wirkung. Es ist nicht mehr angängig, Präparate zu nehmen, die nicht titriert sind. Wir brauchen neben der pharmakologischen eine klinische Titrierung der Digitalis-Dose. Die Dosen sind beim kranken Herzen viel geringer als beim Tiere. Nehmen wir als Einheit pulverisierte Fol. Digit. titrata 0,1, so ist dieses in der Klinik nicht dauernd anwendbar, weil es Erbrechen und Magenreizung bewirkt; es enthält zu viel Saponine. Das Infus ist viel schwächer, unsicher in der Zusammensetzung und wenig haltbar. Noch schlechter sind die Tinkturen. Immerhin sind die gut geaichten Tinkturen zu empfehlen. Das Digipurat ist klinisch brauchbar, muß aber höher als 0,1 pulv. fol. Digit. titr. dosiert werden; es erzeugt wenig Erbrechen. Aehnlich ist Digitolin; aber es ist auch subkutan ohne Reaktion anwendbar! Digalen ist zu gering titriert, es erfordert also hohe Dosen mit der Gefahr der Kumulation. Von neueren Mitteln ist Verodigen zu nennen, ein Komplex reiner aktiver Glykoside; es wird schnell resorbiert, macht kein Erbrechen und wirkt schnell. Es ist so stark wie 0,1 pulv. fol. Digit. titr. und am besten von allen Mitteln.

Strophantin ist nicht stomachal zu empfehlen; denn es wird durch den Magensaft zerstört; es wird intravenös in kleineren Dosen eingespritzt. Aber nach 3 Tagen ist wieder eine Injektion nötig; man darf nicht über $^1/_2$ mg hinausgehen und es nie ohne Kampfer geben. Bei beginnender Insuffizienz läßt man 0,2 fol. Digital. 3 Tage lang wirken; dann geht man auf die Hälfte herab, wo noch Erscheinungen bestehen. Nach 14 Tagen Pause kann man bis auf 0,05 hinuntergehen.

Aussprache:

Herr **Heffter:** Tct. Digitalis officinalis wird im allgemeinen schlecht behandelt. Tct. Digital. titr. schwankt zwischen 150 und 180 F. D. Sie wird zu niedrig dosiert, nämlich 1,5! und 5,0 pro dosi bzw. pro die. Sie sollte 2,0! 10,0 gelten, wie das dänische Arzneibuch vorschreibt. Sie wird immer in Tropfen dosiert; da sie mit Alkohol versetzt ist, so müßten 50 Tropfen gegeben werden, also eine größere Dosis, als bisher üblich.

Herr **Thoms:** Die biologische Auswertung ist ein Fortschritt; die thüringischen Blätter sind wirksamer als die im Harz und in den Vogesen. Geeignete Kulturmethoden bringen die wirksamen Bestandteile schärfer heraus. Die biologische Methode sagt aus über die Toxizität, nichts über die therapeutische Wirksamkeit.

Herr **Kraus:** Wir sollen viel mehr die Tinktur benutzen. Die Digitalistherapie ist eine Kunst. Mit vorgefaßten Maßstäben läßt sich nicht herangehen. Lange Zeit nahmen die Aerzte nur Digalen, weil es keinen Schaden anrichtet. Jetzt ist Verodigen modern. Aber die Mazeration hat nicht die Erfolge der wässrigen Auszüge. Die beste Anwendung ist die der alkoholischen Extrakte, die alten galenischen Präparate, also Tct. Digit. titr. in der richtigen Dosis. Der klinische Maßstab bezieht sich auf eine Anzahl von Fällen des P. irregularis perpetuus, das Testobjekt für die Digitalis-Therapie (Krehl). Das ist aber nur beschränkt gültig. Hier bleibt wieder die Kunst. Man muß sehen, wie es dem Kranken bekommt. Man muß hier große Dosen geben, bis sie wirken; zuweilen erreicht man mit kleinen Dosen mehr. Oft ist eine chronische Digitalisbehandlung nötig; aber immer geht das nicht. Ohne große Dosen können wir nicht auskommen. Die Stauung muß weggeschafft werden.

Herr **Rehfisch** sah selten Blutdrucksteigerung, meist Schwinden der Oedeme, also größere Arbeitsleistung, d. h. Vergrößerung der Diastole. Hier wirkt Digitalis auf Vagus und Sympathicus. Digitalis greift an, wo erhöhter Vagustonus besteht. Erst kommt die verlängerte Diastole, erst dann die verstärkte Systole. Strophantin ist intravenös außerordentlich erfolgreich, z. B. bei akuter Gefahr; bei Vita minor hat R. die Herzschwäche so jahrelang bekämpft; aber es darf wegen der Gefahr der Glykoside kein Digitalis-Präparat verabfolgt worden sein. Er beginnt mit $^1/_4$ mg, 4 Tage später $^1/_3$ und $^2/_3$ mg; das tut er monatelang. Der Sympathikus-Tonus läßt sich nicht durch Strophantin angreifen, wohl aber erhöhter Vagus-Tonus, bei chronischer Herzmuskelinsuffizienz und P. irregularis perpetuus.

Herr **Plehn** gibt bei Infektionskrankheiten kein Digitalis. Für die Digitalis-Dosis kommt es auf die Art der Störung an. Erbrechen als Nebenwirkung sah er auch bei Verodigen.

Herr **Magnus-Levy** hält für zweckmäßig kleinere Dosen in chronischen Fällen.

Herr **Friedemann** hat bei langdauernden Infektionskrankheiten wie Typhus und Fleckfieber gute Erfolge von Digitalis gesehen.

Herr **Fleischmann** sah von der intravenösen Strophantin-Injektion bei Leber-Stauung, wo Digitalis versagte, prompten Erfolg.

Herren **Joachimoglu** und **Brugsch:** Schlußwort.

Mode.

IV. Bücherschau.

Prof. Dr. **J. Schwalbe** (Berlin): **Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung.** — Siebentes Heft: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Hoffmann (Düsseldorf): Krankheiten der Kreislauforgane. Leipzig 1919, Georg Thieme. 131 Seiten. Preis 6,60 M.

Die vorliegende Abhandlung ist im Vergleich zu den übrigen Heften des trefflichen Sammelwerkes besonders eingehend gestaltet. Das ist schon aus dem Grunde berechtigt, als gerade die letzten Jahre in der Auffassung über das Wesen und die Behandlung der Kreislauforgane gewaltige Fortschritte, mitunter geradezu grundlegende Umwälzungen gebracht haben. Vor allem legt man jetzt mehr Wert auf die Beurteilung der Funktionen des Herzens als auf seinen anatomischen Zustand. Die subjektiven Herzbeschwerden und ihre Bedeutung sind in dem vorliegenden Buche kritisch bearbeitet. Die Lage, Form und Größe des Herzens sowie die Herzgeräusche erfahren eine eingehende differentialdiagnostische Bewertung. Bei den Abweichungen von dem regelmäßigen Ablauf der Herztätigkeit wird mit Recht betont, daß man die ungenügend ausgebildeten Formen von Basedow zu leicht übersieht. In dem Kapitel über die Beurteilung der Herzinsuffizienz gibt Verf. an, daß der Kochsalzzusatz, wie er sich in den natürlichen Quellen meist findet, von keiner wesentlichen Wirkung auf den Kreislauf ist, eine Ansicht, die unter den Kennern der Verhältnisse wohl mehr Gegner als Anhänger finden dürfte. Wichtig ist die Betonung der Schwierigkeit in der Bewertung der Myokarditis nach beiden Seiten hin. Ebenso wichtig ist der Hinweis darauf, in jedem Falle von Herzvergrößerung auf Arteriosklerose oder Schrumpfniere zu fahnden. Allgemeine Zustimmung wird auch der Satz erfahren, daß man mit der Diagnose der Arteriosklerose besonders vorsichtig sein soll, die viel zu häufig gestellt und namentlich mit den Altersveränderungen zusammengeworfen wird.

Dem Buch ist eine Reihe von ausgezeichneten Röntgenaufnahmen beigefügt, welche das Verständnis wesentlich erleichtern.

Gerade mit Rücksicht auf die vielen neuen Anschauungen auf dem Gebiet der Kreislauferkrankungen dürfte die vorliegende Abhandlung des ausgezeichneten Herzklinikers Hoffmann für den praktischen Arzt eine Fundgrube zur Bereicherung seines Wissens sein und seiner praktischen Tätigkeit gute Früchte tragen. Hirsch.

Die Nervosität als Problem des modernen Menschen. Ein Beitrag zur psychologischen Weltbetrachtung. Von Herbert Okzeret, Med. pract., Zürich. Zürich 1918, Druck und Verlag: Aet. Institut Orell Füßli. 95 S. Fr. 3,80.

Nach dem Verf. wird die Nervosität als seelischer Zustand durch die Konflikte hervorgerufen, in die das Indiordnum tagtäglich infolge der vielen Unvollkommenheiten des menschlichen Gesellschaftslebens verstrickt wird. Dieser Auffassung kann man wohl zustimmen, wenn auch mit ihr nur die ätiologische Seite des Problems berührt, keinesfalls übrigens

erschöpft wird. Darf man aber dann die Nervosität mit dem Verfasser als einen spezifisch modernen Krankheitszustand bezeichnen, muß man sie nicht vielmehr von jenem Standpunkt aus als ein ewiges Erbübel der Menschheit betrachten? Die vornehmsten Entstehungsursachen der Nervosität sind für den Verfasser Mängel der Erziehung — besonders im Punkte der sexuellen Aufklärung — und die Schwierigkeiten bei der gegenseitigen seelischen Anpassung der Geschlechter im Eheleben; wer die Nervosität als Volkskrankheit bekämpfen will, muß also in erster Linie den auf diesen Gebieten zu Tage tretenden Schäden entgegenzuwirken suchen. Der näheren Ausführung dieses Gedankens ist der zweite Teil der Schrift gewidmet; der in drei Kapiteln die einschlägigen Probleme behandelt. Die als Beispiele gebotenen Krankengeschichten sind wohl meist fingiert, wobei sich Verf., was uns den Wert seiner Darlegungen zu beeinträchtigen scheint, auf von Hause aus neurotisch veranlagte Typen beschränkt, während er im ersten Teil, sicherlich zutreffend, bemerkt, daß zur Entwicklung der Nervosität durchaus nicht unbedingt eine primäre Krankheitsanlage vorhanden sein muß. — Als Therapeut vertritt O. die Grundsätze einer vernünftigen, von der jeweiligen Aetiologie ausgehenden psychischen Behandlung; er spottet dabei mit Recht über einen Therapeuten der Vorkriegszeit, der die nervöse Dyspepsin, allerdings wohl nur auf dem Papier, mit planmäßiger Ueberernährung bekämpfte.

Mehr als das Angedeutete können wir aus dem Inhalt des Buches hier nicht bringen. Ueber das Formale wäre noch zu bemerken, daß O. mit Temperament und belletristischem Geschick schreibt, seine Darlegungen durch an passenden Stellen eingestreute Lesefrüchte aus der schönen Literatur zu würzen nicht verschmäht und dadurch die Leser von der ersten bis zur letzten Zeile fesselt.

Prof. Dr. **Oscar Loew** (München): **Der Kalkbedarf von Mensch und Tier.** — Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. — 1919, München, Otto Gmelin. — 10 Seiten, Preis 6,— M.

Vorliegendes Buch ist eine Neuausgabe der Schrift von Emmerich und Loew „Ueber die Wirkung der Kalksalze bei Gesunden und Kranken". Emmerich und Loew haben einen unbestrittenen großen Anteil an der Erforschung der Bedeutung des Kalkes für alle Lebewesen. Versuche mit Chlorkalzium haben gezeigt, daß die Bedeutung des Kalkes darin liegt, daß er ein unentbehrlicher Bestandteil der einzelnen Zellkerne ist. Daher hängt von der genügender Zufuhr von Kalk so viel für den Organismus ab, besonders während der Schwangerschaft und der Stillungsperiode für das werdende Kind und den wachsenden Säugling wie auch für die Mutter. Ungenügende Kalkzufuhr führt, was man gerade in den letzten Jahren erkannt hat, zu Störungen des Knochenbaues und der Nerven sowie zu einer Reihe von Krankheiten, deren Ursachen bis in die letzte Zeit hinein dunkel waren. Die Bedeutung der gleichzeitigen Darreichung von Pflanzensäuren für die Erhöhung der Alkaleszenz des Blutes ist an mehreren Stellen des Loew'schen Buches eingehend und klar erörtert. Als bestes Kalksalz gilt im allgemeinen die Chlorverbindung, was auch Verf. in der vorliegenden Ausgabe, freilich mehr noch in der ersten Auflage, zum Ausdruck gebracht hat. Wo L. in dem vorliegenden Buch auf die milchsaure Verbindung des Kalziums eingeht, da vermißt man in der Deduktion mitunter den inneren Zusammenhang und dadurch die überzeugende Kraft, welche sonst das so klar und fließend geschriebene Buch kennzeichnet und auszeichnet. Hirsch.

Bericht von Schimmel & Co. in Miltitz bei Leipzig über ätherische Oele, Riechstoffe usw. April bis Oktober 1919.

Das Studium des vorliegenden Berichtes gibt ein Bild von den ungeahnten Schwierigkeiten, mit denen die chemische Industrie während des Krieges zu kämpfen hatte. Es zeigt aber auch, wie die deutsche Industrie, in der die Firma Schimmel & Co. einen gebührenden Platz beanspruchen darf, alles angewandt hat, um der Schwierigkeiten Herr zu werden. Bei der enormen Teuerung gerade der ätherischen Oele fehlte es nicht an den raffiniertesten Versuchen, gefälschte Mittel auf den Markt zu bringen, deren Entlarvung viel Vorsicht und Mühe erforderte. — Die Berichte befassen sich mit den wissenschaftlichen und sonstigen Angaben über ätherische Oele, chemische Präparate und Drogen, mit der Besprechung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet der Terpene und ätherischen Oele sowie einem kurzen entomologischen Bericht der Firma Schimmel. Hh.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Die medizinische Fakultät der Universität hat soeben im Auftrage sämtlicher deutschen medizinischen Fakultäten einen Aufruf erlassen, in welchem die Forderung der freien Arztwahl nachdrücklich aufgestellt wird. Der Aufruf lautet folgendermaßen:

„Die Volksgesundheit ist durch den Krieg und seine Folgen schwer erschüttert; mehr als je bedarf darum heute das deutsche Volk einer auf der Höhe ihrer Wissenschaft und Kunst stehenden Aerzteschaft, deren Sorge um den Kranken nicht durch eigene schwere Sorgen beeinträchtigt wird. Nur eine innerlich und äußerlich freie Aerzteschaft kann eine gute ärztliche Versorgung gewährleisten, nicht aber eine wirtschaftlich herabgedrückte; denn mit dem wirtschaftlichen muß notwendigerweise auch ein allgemeiner wissenschaftlicher Niedergang und eine Verschlechterung der ärztlichen Leistungen eintreten. Diese können auch nicht auf der Höhe erhalten werden, wenn der Betätigungsmöglichkeit der Aerzte künstliche Schranken entgegenstehen. Bei der großen und immer mehr steigenden Bedeutung der Krankenkassen für die ärztliche Versorgung weiter Kreise verdient daher der Kampf der Aerzte um angemessene Lebens- und Arbeitsbedingungen die Aufmerksamkeit und Unterstützung des ganzen Volkes. Der Kampf der Aerzteschaft um die freie Arztwahl bedeutet die Forderung nach gleicher Arbeitsmöglichkeit für jeden Arzt. Diese braucht er nicht nur, um leben, sondern auch, um die erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten erhalten und vertiefen zu können. Daher ist der Kampf um die freie Arztwahl zugleich ein solcher für die Volksgesundheit. Der Kranke hat daran ein ebenso großes Interesse, wie es sein persönliches Recht ist, sich den Arzt seines Vertrauens frei wählen zu können. Eingedenk ihrer Bedeutung als Quellen und Pflegestätten der ärztlichen Kunst erheben, die deutschen medizinischen Fakultäten einmütig warnend ihre Stimmen. Nur wenn der Arzt in freier und gewissenhafter Ausübung seines Berufes als wirklicher Helfer seiner Kranken auch die Möglichkeit zur Existenz findet, kann das deutsche Volk die ärztliche Versorgung erhalten, die es braucht, und nur dann werden auch der deutsche Arzt und die deutsche ärztliche Wissenschaft sich den guten Ruf bewahren können, den sie bisher in der ganzen Welt genossen haben."

Charlottenburg. Der hiesige Magistrat plant die Errichtung einer Akademie für soziale und praktische Medizin und hat einen dahingehenden Vorschlag der Stadtverordnetenversammlung gemacht.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Die Stelle des Bakteriologen am städtischen Krankenhaus Moabit wurde Frau Prof. Lydia Rabinowitsch übertragen.

Kiel. Prof. Dr. Alfred Zimmermann, bisher Privatdozent in Halle, wurde als Nachfolger des Prof. P. Friedrich außerordentlicher Professor und Leiter der Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten; er hatte einige Monate lang die Klinik vertretungsweise geleitet.

Frankfurt a. M. Für innere Medizin habilitierte sich Prof. Dr. Katsch, bisher Privatdozent in Marburg, der mit Prof. G. v. Bergmann an die hiesige medizinische Klinik übergesiedelt ist; für Psychiatrie habilitierte sich Dr. Weichbrodt, Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik, für Pharmakologie Dr. med. et phil. Werner Lipschitz, Assistent am pharmakologischen Institut.

Leipzig. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Flechsig, der vor kurzem sein goldenes Doktorjubiläum feierte, tritt demnächst in den Ruhestand. Prof. Dr. Bumke, ordentlicher Professor der Psychiatrie in Breslau, ist als sein Nachfolger in Aussicht genommen.

Rostock. Dr. Max Rosenfeld, früher Privatdozent in Straßburg, erhielt das Ordinariat für Psychiatrie und die Leitung der staatlichen Heil- und Pflegeanstalt Gehlsheim.

Würzburg. Der ordentliche Professor der Anatomie Dr. Oskar Schultze starb im Alter von fast 61 Jahren. Er hat seine ganze akademische Laufbahn an der Würzburger Hochschule durchlaufen, wo er 1884 als Prosektor an der anatomischen Anstalt eintrat. Seine wissenschaftlichen Arbeiten waren vorwiegend der Entwicklungsgeschichte und der Histologie gewidmet. Außerdem verfaßte er für die Lehmann'sche Sammlung einen Atlas und Grundriß der topographischen Anatomie; sowie eine kleinere Schrift: „das Weib in anthropologischer Betrachtung".

Wien. Dr. v. Jaschke, Ordinarius der Gynäkologie in Gießen erhielt einen Ruf als Ordinarius und Direktor der hiesigen ersten Universitätsfrauenklinik. — Prof. Dr. med. Hugo Salomon, bekannt durch seine Arbeiten auf dem Gebiet der Stoffwechselkrankheiten, verläßt demnächst Wien, um sich in Argentinien niederzulassen. — Es habilitierten sich Dr. Edmund Nobel für Kinderheilkunde, Dr. Hans Gallus Pleschner für Urologie. Prof. Dr. Piskacek erhielt von neuem die früher innegehabte Venia legendi für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Bäderwesen.

Die Kurorte des besetzten Gebietes können ohne irgend welche Erschwerung besucht werden. Für die Hinreise genügt ein deutscher Paß mit Bild, der meistens unterwegs gar nicht verlangt wird. Die Ernährungsverhältnisse im besetzten Gebiet sind gesichert; ebenso ist der Kurbetrieb der Bäder am Rhein in vollem Gange. Eine Belästigung des Publikums durch die Besatzungstruppen findet in keiner Weise statt

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. Th. Lohnstein, Berlin S 61, Urbanstraße 2; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachfl., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 17. Juli 1920 | No. 29

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes



An unsere Leser!

Im Interesse einer pünktlichen Lieferung unserer Zeitung bitten wir unsere geschätzten Abonnenten, welche unsere Wochenschrift **durch die Post** zugestellt erhalten, **Beschwerden über ausgebliebene Nummern** zunächst an das **zuständige Bestellpostamt** zu richten und dort um **Nachlieferung der fehlenden Nummern** zu ersuchen.

Bleiben **diese Reklamationen erfolglos,** dann wende man sich an den unterzeichneten Verlag, der unverzüglich Abhilfe schaffen wird.

Verlag der Allgemeinen Medizinischen Central-Zeitung

Berlin W 30.

89. Jahrgang Berlin, 17. Juli 1920 No. 29

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Funktionsprüfung des Herzens.

Von Prof. Dr. **Rehfisch** (Charlottenburg).

Das Problem der Funktionsprüfung des Herzens würden wir dann als gelöst betrachten können, wenn es gelänge, für die am Experiment festgelegten Gesetze über die Dynamik des Herzmuskels, wie wir sie aus den Arbeiten von Frank und H. Straub kennen gelernt haben, in einer unserer klinischen Untersuchungsmethoden ein Aequivalent zu finden. Sind wir von diesem idealen Ziele auch weit entfernt, so verdanken wir doch den Ergebnissen der experimentellen und klinischen Forschung einen so vertieften Einblick in die Physiologie und Pathologie des Kreislaufs, daß es heute nicht mehr so schwer fällt, zum mindesten für klinische Zwecke die Leistungen des Herzens zu beurteilen.

Während es die Aufgabe der Diagnostik bleiben muß, den Ort der Betriebsstörung, den sedes morbi, aufzudecken, hat sich die Funktionsprüfung damit zu beschäftigen, festzustellen, ob ein Herz auch unter erhöhten Ansprüchen, d. h. bei größerer körperlicher Arbeit, sich den Anforderungen gewachsen zeigt, mit anderen Worten, ob es auch dann den Mehrbedarf des Organismus an Sauerstoff durch verstärkte Arbeit decken kann. Dem gesunden Körper stehen für diesen Zweck folgende Hilfsmittel zur Verfügung: Erstens die gesteigerte Ventilation durch die Lungen, zweitens ein vergrößertes Schlagvolumen resp. Minutenvolumen. Für die Genesis des letzteren müssen wir uns vergegenwärtigen, daß im Augenblick, in dem eine vermehrte körperliche Arbeit verlangt wird, von den motorischen Zentren dieser in Anspruch genommenen Muskelgruppen Impulse zu dem Vasomotorenzentrum gelangen, dessen Erregung dann eine aktive Dilatation der Vasomotoren im Hautmuskelgebiet zur Folge hat. Da die Menge des Blutes im Körper aber eine konstante ist, so müssen sich antagonistisch andere Gefäßbezirke kontrahieren, so vor allem die im Splanchnikusgebiet. Das von hier verdrängte Blut gelangt nun, unterstützt durch die Ansaugung infolge der vertieften Inspiration bei größerer Arbeit nach dem rechten Ventrikel, von da über den Weg der Lungen nach dem linken. Diesem erhöhten Zufluß vermag sich ein gesundes Herz vermöge seiner Akkomodationsfähigkeit ohne weiteres anzupassen: es dilatiert tonogen, d. h. die Kammern erweitern sich aktiv; ebenso steigert sich ihr Kontraktionsvermögen, so daß weniger Residualblut als in der Norm übrig bleibt. Infolge davon wächst das Schlagvolumen, und infolge dieser so vermehrten Quantität ergießt sich das Blut in die aktiv erweiterten Gefäße des Hautmuskelgebiets und deckt so den Mehrbedarf an Sauerstoff. Fördernd auf die Größe des Minutenvolumens wirkt die bei der Arbeit infolge Sympathikuserregung gesteigerte Frequenz. Allein wie die Erfahrung gelehrt hat, arbeitet das bessere Herz mit niederer Frequenz und erhöhtem Schlagvolumen, das minder gute, aber durchaus noch funktionstüchtige, mit vermehrter Schlagzahl und größerem Minutenvolumen.

Nun habe ich erwähnt, daß sich die Gefäße unter dem Einfluß des Vasomotorenzentrums aktiv erweitern. Hier könnte sich leicht die Vorstellung bilden, daß diese Erweiterung gleichsam einem paretischen Zustande gleich käme. Hiervon kann aber gar nicht die Rede sein. Genau so wie die tonogene aktive Erweiterung der Kammern behufs größerer Füllung lediglich einen veränderten Spannungszustand vorstellen, ebenso verschiebt sich, wenn ich so sagen darf, die Tonuslage der Gefäße, sie erfährt eine andere Einstellung; und wenn wir, wie dies erst jüngst Pal auseinandergesetzt hat, in dem Tonus der Gefäße ein energetisches Moment zu erblicken haben, so müssen wir im Interesse der Stromgeschwindigkeit annehmen, daß die aktive Dilatation der Gefäße mit einer Zunahme des Tonus einhergeht, schon deswegen, weil ja die aus dem Splanchnikusgebiet verdrängte Blutmasse eine erhöhte Spannung in den anderen Gefäßbezirken auslösen muß. Gegen diesen erhöhten Widerstand hat nun das Herz ein vermehrtes Schlagvolumen auszuwerfen, und so wird es verständlich, daß bei angestrengter, ungewohnter Arbeit der Blutdruck steigen muß.

Sehen wir nun, daß sich bei körperlicher Arbeit die oben geschilderten Hilfsmittel zur Deckung des Mehrbedarfs an Sauerstoff einstellen, was wir daran erkennen, daß keine eigentliche Dyspnoe, das subjektive Symptom für den objektiven Mangel an Sauerstoff, eintritt, so muß das Herz als suffizient gelten. Bleibt aber einer jener Hilfsfaktoren aus, erweitern sich die Gefäße nicht, konstringieren sie sich sogar oder reicht das Schlagvolumen nicht aus oder ist es gar dem erhöhten Widerstand in den Gefäßen nicht gewachsen, so haben wir ein insuffizientes Herz vor uns. Diesen Defekt festzustellen und auch noch nachzuforschen, wo die Betriebsstörung liegt, ist die eigentliche Aufgabe der Funktionsprüfung des Herzens. So lange uns ein tieferer Einblick in die Physiologie des Kreislaufs versagt blieb, begnügte man sich die Leistungsfähigkeit des Herzens lediglich nach der Frequenz des Pulses nach körperlicher Arbeit zu beurteilen resp. nach der Zeitdauer, die nötig war, bis die ursprüngliche Schlagzahl sich wieder einstellte. Heute wissen wir, daß der Energieaufwand des Herzens in keinem direkten Verhältnis zur Pulszahl steht, daß dieselbe Leistung sowohl bei niederer als auch bei höherer Frequenz erreicht werden kann. Was wir festzustellen versuchen müssen, ist das Schlagvolumen und den Widerstand in den Gefäßen. Sehen wir von ersterem an dieser Stelle ab, wir kommen später darauf zurück, so läßt sich die Höhe des Widerstandes lediglich durch die

Blutdruckmessung bestimmen, und tatsächlich haben bereits vor etwa 30 Jahren Oertel, Riedel und Maximowitsch versucht, aus der Blutdruckbestimmung nach körperlicher Arbeit Schlüsse auf die Funktionskraft des Herzens zu ziehen. Aber erst M. Katzenstein hat das Verhalten des Blutdrucks bei künstlich gesetztem Widerstand als eine neue Funktionsprüfung des Herzens methodisch eingeführt. Da er bei seinen Studien über den Kollateralkreislauf gefunden hatte, daß diejenigen Tiere die Unterbindung größerer Gefäßstämme gut überstanden, bei denen der Blutdruck gestiegen war, dagegen aber die zugrunde gingen, bei denen er gefallen war, so übertrug er diese Beobachtung auf die Klinik und fand in Uebereinstimmung mit dem sonstigen Untersuchungsbefunde, daß bei Gesunden nach Kompression der beiden Femorales während 3 Minuten der Blutdruck steigt und die Frequenz des Pulses sinkt oder gleichbleibt, daß dagegen, um hier nur die markantesten Gegensätze anzuführen, bei Patienten mit ausgesprochen schwachen Herzen der Blutdruck sinkt, die Frequenz dagegen steigt. Es hatte sich eben das Herz dieser Kranken nicht kräftig genug erwiesen, um gegen den durch die Kompression der beiden femorales gesteigerten Druck seinen Inhalt zu entleeren. Wenn wir auch aus eigener Erfahrung zugeben müssen, daß bei dieser Methode die Vasomotoreneinflüsse eine bedeutende Rolle spielen und so das Resultat der Prüfung ungemein verwischen können, so läßt sich nicht in Abrede stellen, daß für die beiden oben genannten extremen Fälle mit ihrem gegensätzlichen Verhalten die Methode zu Recht besteht.

Allein wir dürfen nicht vergessen, daß wir in dem Blutdruck den Ausdruck von zwei Komponenten vor uns haben, von Herzarbeit und Gefäßwiderstand. Da wir aber aus einer Gleichung nicht zwei Unbekannte berechnen können, sind wir nicht in der Lage, den Anteil, den jeder dieser Faktoren an der Höhe des Blutdrucks hat, zu bestimmen, und sicherlich war dieses Manko mit daran Schuld, daß die Blutdruckmessung in der Klinik so lange eine untergeordnete Rolle spielte, bis etwa am Anfang dieses Jahrhunderts durch Strassburger, Sahli, Jeanway und Masing mit der Bestimmung des diastolischen Drucks die zweite Gleichung in die Blutdruckmessung eingeführt wurde. Da der minimale Druck der stabile, der maximale aber der variable Teil ist, so hegte man anfangs die Hoffnung, jetzt aus der Differenz beider, aus der sogenannten Amplitude, Schlüsse auf die Größe des Schlagvolumens ziehen zu können. Wer jedoch die Arbeiten von Strassburger und von v. Recklinghausen kennt, weiß, daß diese Hoffnung sich leider nicht in ihrem ganzen Umfange hat erfüllen lassen, da wir bestenfalls nur bei mittlerer Weitbarkeit der Gefäße aus der Amplitudenbestimmung einen Aufschluß über das Schlagvolumen zu gewinnen vermögen.

Daß diese mit großem geistigen Aufwand ausgeführten Arbeiten der genannten Autoren aber doch nicht vergeblich waren, das lehren uns die Untersuchungen des leider so früh verstorbenen Gräupner, der die Amplitudenbestimmung nach körperlicher Arbeit systematisch als Methode der Funktionsprüfung von Herz und Gefäßapparat eingeführt hat. Gräupner stellte hierbei folgende Leitsätze auf: Erstens: Beim Gesunden steigt nach körperlicher Arbeit der Blutdruck, die Amplitude stellt sich höher ein, nur bleibt sie gleich groß, als Beweis, daß die Herzarbeit (H. A.) dem erhöhten Gefäßwiderstand (W.) gewachsen war. Zweitens: Nimmt die Amplitude nach wiederholter Arbeit an Umfang zu, wobei der Minimaldruck sinkt, so wird hiermit ausgedrückt, daß W. gefallen, H. A. aber besser geworden ist. Drittens: Wächst die Amplitude ganz erheblich, so müssen wir auf Zunahme von W. schließen. Hierbei tritt häufig aus regulatorischem Grunde eine Senkung der gesamten Amplitude ein, vermutlich, weil über den Weg des Nervus depressor eine Entspannung eingetreten ist. Diese Senkung bezeichnet Gräupner demgemäß als funktionelle Insuffizienz, da nach dieser Senkung wieder ein sekundäres Ansteigen der Amplitude erfolgt. Viertens: Sinkt nach Wiederholung der Arbeit der Blutdruck, wird die Amplitude geringer und folgt keine sekundäre Steigerung, so liegt ein insuffizientes Herz vor. Fünftens: Verzögert sich nach beendeter Arbeit der Rückfluß des Blutes aus dem Hautmuskelgebiet nach dem übrigen Körper, so müssen hierfür Stauungen in der Peripherie, besonders im Venensystem, verantwortlich gemacht werden. Dies die Grundsätze Gräupners für die Beurteilung von Herz- und Gefäßfunktion vermittels der Amplitudenbestimmung nach körperlicher Arbeit, und sie wären tatsächlich von eminenter praktischer Bedeutung, vor allem wegen ihrer leichten Ausführbarkeit, wenn ihnen eine nicht zu unterschätzende Fehlerquelle innewohnte. Es ändert sich nämlich in den meisten Fällen der Minimaldruck nur sehr wenig oder gar nicht, wir haben nur das Anwachsen der Amplitude vor uns und bleiben wieder im Unklaren über den Anteil von H. A. oder W. an der Höhe des Blutdrucks. Gleichwohl wird die Methode Gräupners einen Markstein in der Lehre von der Funktionsprüfung des Herzens bilden mit ihrer feinsinnigen Differenzierung zwischen Druck und Widerstandsamplitude und, wie ich aus eigener Erfahrung berichten kann, sind mindestens drei seiner Leitsätze von großer praktischer Bedeutung. Einmal kommt tatsächlich ein besonders hohes Ansteigen der Amplitude fast nur bei erheblichen Gefäßwiderständen, also bei Arteriosklerose vor, zweitens ist die auffallende Verzögerung des zurückpendelnden Blutes nicht nur der Beweis eines nicht mehr auf seiner funktionellen Höhe stehenden Herzens, sondern auch ein Symptom vorhandener Stauungen meistens im rechten Ventrikel, und es läßt drittens ein Fallen des Blutdrucks unter den Ausgangswert, ohne daß dieser wieder überschritten wird, auf ein durchaus insuffizientes Herz schließen.

Es ist nun klar, daß wir bei jeder Blutdruckmessung, genauer gesagt bei jeder Amplitudenbestimmung, immer in Unkenntnis bleiben, welchen Anteil eigentlich die Arbeit des Herzens an der Höhe des Blutdrucks hat; genügt ja schon, wie wir aus den Arbeiten Strassburgers erfahren haben, ein geringes Schlagvolumen, um in rigiden Arterien einen hohen Druck zu erzeugen. Diese Lücke hat Ernst Weber durch Einführung der Plethysmographie als klinische Untersuchungsmethode in gewissem Umfange ausgefüllt. Denn die Plethysmographie ist eine Volumenmessung, die uns anzeigt, ob ein Körperteil unter bestimmten Bedingungen, wie etwa körperlicher Arbeit, durch erhöhte Zufuhr von Blut an Umfang zunimmt, ein Vorgang, der nur bei Erweiterung der Gefäße möglich ist, da die durch Stauung verursachte Zunahme nicht in den Bereich dieser Betrachtungen gehört, oder ob das Volumen abnimmt infolge Konstriktion der Gefäße. Es war zunächst das Verdienst Webers, gezeigt zu haben, daß die physiologische Dilatation der Gefäße bei der Arbeit, die wir oben erwähnt haben, nur bei einem intakten Vasomotorenzentrum möglich wird. Ist dieses aber durch Ermüdungsstoffe oder durch mangelhafte Oxydation geschädigt, so wird die normale physiologische Innervation eine anormale, umgekehrte. Statt einer Dilatation der Gefäße erfolgt ihre Konstriktion. Es wird daher beim Gesunden mit normalem Vasomotorenzentrum während der Arbeit, es genügt hierfür schon eine starke Dorsalflektion des Fußes während 10—15 Sekunden, die plethysmographische Kurve des Unterarms, an dem Weber seine Messungen vornimmt, als Ausdruck der Volumenzunahme ansteigen, da sich ja ein vermehrter Blutstrom in die erweiterten Gefäße ergießt. In dem Moment aber, in dem die Arbeit aufhört, in dem also nicht mehr Impulse rein motorischer Art nach dem Vasomotorenzentrum gelangen, sinkt die Kurve ebenso schnell, wie sie gestiegen war, zur Null-Linie herab. Ist aber das Vasomotorenzentrum durch ungenügende Arterialisierung geschädigt, so gelangen, wie oben erwähnt, während der Arbeit die umgekehrten Impulse zu den Gefäßen, diese verengern sich, das Armvolumen nimmt dementsprechend ab, die plethysmographische Kurve muß unter die Null-Linie sinken, sie wird negativ.

Allein außer diesen beiden Haupttypen im Verlauf der plethysmographischen Kurve haben wir aus den Weberschen Arbeiten noch eine Reihe von Variationen kennen gelernt, die uns einen Einblick in die pathologische Physiologie des Kreislaufs gestatten, wie wir ihn sonst nur im Tierexperiment erfahren können. So sehen wir, um nur die wesentlichsten und häufigsten Veränderungen im Ablauf der Plethysmogramme anzuführen, daß häufig nach der Arbeit die Kurve nicht sofort absinkt, sondern einen mehr trägen Abstieg verrät. Dieses Verhalten der Kurve dürfte kaum anders gedeutet werden, als daß dem Rückfluß des Blutes Widerstände entgegenstehen, die wir entweder in einer Ueberfüllung im rechten Herzen oder in einer Stauung in den Bauchgefäßen zu suchen haben. Eine zweite Variation bildet die sogenannte nachträglich ansteigende Kurve, die dadurch charakterisiert ist, daß, obwohl die Arbeit beendet ist und die Kurve absinken müßte, sie trotzdem weiter ansteigt, ein Vorgang, der nur aus einer anhaltend verstärkten Aktion des linken Ventrikels erklärt werden kann, und tatsächlich haben Weber und ich selbst in meinen im Jahre 1914 unter Weber ausgeführten Untersuchungen gerade diesen Typus der Kurve bei Hypertrophie der linken Kammer beobachten können und sogar bereits in jenen Fällen, auf die Weber zuerst aufmerksam gemacht hat, in denen die Hypertrophie larviert und latent geblieben war und sich sonst klinisch nicht hat nachweisen lassen.

Es liegt aber die Bedeutung der Weberschen Plethysmographie noch auf einem ganz anderen Gebiete. Sie gestattet uns ohne weiteres eine Kritik unserer therapeutischen Maßnahmen. Gleichgültig, ob wir einen Kranken mit physikalischen Mitteln, wie CO_2-Bädern, Hochfrequenzströmen etc. oder mit eigentlichen Arzneien behandeln, der Effekt derselben wird häufig doch erst nach mehreren Tagen manifest, und während dieser Zeit bleiben wir oft genug über den Wert oder Unwert der Therapie im Unklaren. Aus diesem Dilemma befreit uns mit ihrer augenblicklichen Orientierung die Plethysmographie. Ein unmittelbar nach der

Anwendung eines CO_2-Bades, nach einer Strophanthin-Injektion aufgenommenes Plethysmogramm belehrt uns durch den Verlauf der Kurve, ob das angewandte Verfahren Erfolg gehabt hat oder nicht, und so sind wir tatsächlich in der Lage, vermöge der plethysmographischen Methode nach Weber sofort unsere Therapie objektiv zu kritisieren und gegebenenfalls zu ändern. (Schluß folgt.)

Ueber Dauerwirkungen der Kohlensäurebäder bei hohem Blutdruck.

Dr. **Arthur Selig**, Franzensbad.

Es liegt mir ferne, auf die mannigfachen Hypothesen über die physiologische Wirkung der CO_2-Bäder einzugehen, darüber hat Goldscheider[1]) in dieser Gesellschaft im Jahre 1911 ausführlich berichtet.

Ich möchte hier feststellen, daß das Indikationsgebiet der Kohlensäurebäder lange Zeit viel zu eng begrenzt war, daß die Arteriosklerose mit hohem und gar exzessivem Blutdruck für eine Badekur ungeeignet, vielfach direkt als kontraindiziert betrachtet wurde.

Langjährige Beobachtungen ließen mich erkennen, daß die vaskuläre Hypertonie ein Hauptindikationsgebiet einer Badekur bildet, und daß es speziell die Arteriosklerose ist, wo die Balneotherapie allen anderen Behandlungsmethoden, was die Dauerwirkung betrifft, weitaus überlegen ist. In dieser Frage können nur systematische, über Jahre sich erstreckende Beobachtungen entscheiden, die das Verhalten der Blutdruckwerte nach einer ein- und mehrmaligen CO_2-Badekur verfolgen. Im großen und ganzen zeigen sich schon nach einer einmaligen Badekur die vorher oft bedeutend erhöhten Blutdruckwerte auffallend verringert, und dies bei Kohlensäurebädern, welche über dem Indifferenzpunkte stehen oder als indifferent bezeichnet werden müssen, so daß es den Anschein hat, als ob das Kohlensäurebad im Sinne eines warmen Bades überhaupt seine Wirkung auf den gesteigerten Blutdruck entfalten würde, d. h. daß dasselbe den Blutdruck herabsetze.

Allerdings findet die Blutdruckverminderung nicht in so rascher und intensiver Weise wie bei Anwendung von Schwitzprozeduren statt. Es sei mir gestattet, auf meine frühere Arbeit[2]) aus der Abteilung von Prof. Winternitz in Wien „Das Verhalten der Arteriosklerotiker bei Schwitzprozeduren“ zurückzukommen.

Bei Anwendung von elektrischen Schwitzbädern von 40° bis maximal 65° C. oder einem Dampfkastenbad von 45° bis 56° C. und einer Dauer von 10—20 Minuten war bei 17 Beobachtungen der Blutdruck durchschnittlich um 22,6 mm nach einer einzigen Prozedur gesunken. Die tiefste Erniedrigung des Blutdruckes fand in einem Falle statt, bei welchem der Blutdruck von 175 in einem Lichtbade von 53° C. nach 20 Minuten bis auf 105 mm Hg. gesunken war.

Aehnliche Beobachtungen konnte ich bei einer Badekur von 12—18 CO_2-Bädern anstellen. Es zeigte sich, daß bei über dem Indifferenzpunkt stehenden oder indifferenten natürlichen CO_2-Bädern die Blutdruckverhältnisse derart geändert werden, daß der vorher erhöhte Blutdruck durchschnittlich um 24 mm Hg. sinkt. Unter 25 Beobachtungen von vaskulärer Hypertonie war 21 mal der Blutdruck gesunken, dreimal war er um 10—20 mm Hg. gestiegen, einmal war er gleich geblieben. Die tiefste Blutdrucksenkung betraf einen Fall, bei welchem der Blutdruck innerhalb 4 Wochen von 210 auf 140 gesunken ist.

Ersieht man, daß schon eine einzige Badekur imstande ist, den vorher erhöhten Blutdruck herabzusetzen, so interessieren wohl noch mehr jene Beobachtungen, aus welchen hervorgeht, daß die hohen Blutdruckwerte durch Kohlensäurebäder nicht nur eine vorübergehende, sondern eine über viele Jahre sich erstreckende dauernde Herabsetzung erfahren. Es ist dies auch von allgemein praktischem Interesse insofern, als der hohe Blutdruck, wie er sich bei Arteriosklerose und speziell bei der Schrumpfniere findet, absolut keine Kontraindikation für eine kohlensaure Badetherapie bildet.

Daß in Ausnahmefällen die Blutdruckverhältnisse sich auch im umgekehrten Verhältnisse bewegen können, muß wohl zugegeben werden. Das sind aber wohl so weit vorgeschrittene Arteriosklerosen, bei welchen wahrscheinlich auch keine andere Therapie imstande ist, das erkrankte Gefäßgebiet dauernd zu entspannen.

Unter 10 Beobachtungen von vaskulärer Hypotonie bis 210 mm Hg. war nach Ablauf einer 3—10 jährigen Badekur der Blutdruck durchschnittlich um 34,5 mm Hg. gesunken, ohne daß in diesen Fällen andere, auch keine medikamentöse Therapie platzgegriffen hätte.

Es wäre aber unkritisch, den Abfall des Blutdruckes in allen Fällen als ein günstiges Anzeichen einer erfolgreichen Therapie ansehen zu wollen. Denn oft ist gerade das Sinken des Blutdruckes ein signum mali ominis, speziell dann, wenn die Arteriosklerose, wie es häufig vorkommt, mit einer Myodegeneratio cordis vergesellschaftet ist, und der Abfall des Blutdruckes ein Sinken der Herzkraft darstellt. Dort aber, wo das Herz funktionstüchtig ist, wo wir es nur mit einer reinen Gefäßspannung zu tun haben, oder auch dort, wo ein großer Teil des Gefäßapparates einer Erweckung fähig ist, werden wir die Herabsetzung des Blutdruckes anzustreben haben, wie wir es auch sonst mit blutdruckherabsetzenden Mitteln leider nicht in der erwünschten Weise zu erreichen imstande sind.

Will man dieses Ziel durch eine Badekur erreichen, so sind gewisse Richtlinien dabei einzuhalten. Die Zahl der Bäder soll der Konstitution des Kranken angepaßt sein; man findet mit 10—16 Bädern in entsprechenden Intervallen sein Auslangen. Die forcierten Kuren sind streng zu vermeiden; ebenso soll eine Trinkkur mit kohlensäurehaltigem Wasser auf ein Minimum reduziert werden.

Verfolgen wir aber noch weiter das Schicksal jener Patienten, die wiederholte Badekuren absolviert haben, so fällt einem die Tatsache auf, daß nur relativ wenige einem apoplektischen Insult im Laufe der Jahre erlegen sind, was sicherlich öfter eintreten würde, wenn es nicht gelänge, einem weiteren Anstieg des Blutdruckes zu begegnen.

Wenn, was nicht der Fall ist, die Therapie der Arteriosklerose lediglich eine Herabsetzung der hohen Blutdruckwerte anstreben sollte, so würde sich nach dieser Richtung hin wohl kein besseres und angenehmeres Mittel als eine wiederholte Kur mit Kohlensäuerbädern finden lassen.

[1]) Goldscheider, Zur physiologischen Wirkung der Kohlensäurebäder. Balneologenkongreß 1911, Berlin.

[2]) Selig, Das Verhalten der Arteriosklerotiker bei Schwitzprozeduren. „Blätter für klinische Hydrotherapie“, No. 6, 1907.

II. Referate.

Hygiene.

Prof. **Hans Friedenthal** (Sanatorium Bad Harzburg): **Ueber Abkömmlinge des Karbols als Mittel zur äußeren Desinfektion.** (Therap. Halbmonatshefte 1920, Heft 1.)

Verfasser empfiehlt vor allem Sagrotan zur Desinfektion ärztlicher Instrumente. Sagrotanlösungen schützen infolge ihrer alkalischen Reaktion vor Rost. Es empfiehlt sich, die Instrumente mit einem in 5 proz. Sagrotanlösung ausgedrückten Tuch abzureiben; nicht nur die schneidenden Instrumente, sondern auch Hörrohre, Phonendoskope, Hammer und Plessimeter, Augen-, Ohren-, Nasen- und Kehlkopfspiegel kann man in dieser Weise keimfrei machen. Auch die Hände werden durch Abreiben mit einem in Sagrotan-Lösung ausgedrückten Tuch nach jeder Berührung von Kranken desinfiziert. Für Krankenwärter und Schwestern empfiehlt F. während ihres Dienstes das Tragen von Baumwollhandschuhen, die in Sagrotan-Lösung ausgedrückt sind. Sagrotan zeichnet sich durch geringe Giftigkeit aus. Für die innere Desinfektion (Ausspülung von Eiter absondernden Körperhöhlen) erwiesen sich die Sagrotanlösungen als ungeeignet.

Innere Medizin.

Wilhelm Stepp (Gießen): **Beiträge zur Kenntnis der reduzierenden Substanzen des Blutes.** (Zeitschrift für physiolog. Chemie, 1919, Band 107.)

Apotheker Dr. **F. Mezger** (Kissingen): **Ueber eine neue Methode der Untersuchung des Blutes auf Zucker.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 11.)

Beide Abhandlungen beschäftigen sich mit der Methodik der quantitativen Bestimmung des im Blute enthaltenen Zuckers. Stepp hatte in früheren Untersuchungen gefunden, daß bei der vergleichenden Bestimmung des Blutzuckers durch Reduktion und Polarisation die Reduktion fast durchweg einen höheren Wert ergibt, als die Drehung. Um die Ursache dieser Abweichung zu ermitteln, bestimmte St. den Blutzucker mit Hilfe des Lohnstein'schen Präzisions-Gärungssaccharometers direkt durch Vergärung, nachdem an reinen Traubenzuckerlösungen der Apparat durchaus übereinstimmende Werte mit den Reduktionsmethoden und dem Polarisationsverfahren ergeben hatte. Verf. ging dabei, um genaue Werte zu erhalten, in der Weise vor, daß er das defibrinierte und mit Phosphorwolframsäure enteiweißte Blut im Vakuum auf etwa $1/8$—$1/10$ des ursprünglichen Blutvolumens einengte und die Phosphorwolframsäure durch Bleiacetat mit nachfolgender Entbleiung durch Schwefelwasserstoff entfernte. Letzterer wird durch Luft ausgeschieden. Das so behandelte Blut erwies sich als sehr geeignet für die Gärungsprobe; in den bisher untersuchten Fällen ergab sich eine weitgehende Uebereinstimmung zwischen den durch Polarisation und im Gärungssaccharometer erhaltenen Beträgen des Blutzuckers. Die Reduktionsproben ergeben dagegen die Gesamtreduktion des Blutes, an der sich außer der Glukose noch andere Substanzen beteiligen.

Während also Stepp zeigt, daß der hauptsächlich für

die Harnuntersuchung bestimmte Lohnstein'sche Apparat auch für die Bestimmung des Blutzuckers Verwendung finden kann, ging Mezger, dem die Stepp'sche Methode noch nicht bekannt war, von der Ansicht aus, daß der Apparat in seiner gewöhnlichen Form für die Blutzuckerbestimmung wegen der im allgemeinen geringen Werte des Blutzuckers nicht genau genug sei, und konstruierte eine Modifikation desselben, deren Prinzip darin besteht, daß 1) das Meßrohr ein sehr enges Lumen (2 mm) erhält, 2) daß 3 derartige Apparate zu einem vereinigt werden. In jeden Apparat werden zunächst 5 Tropfen einer Verreibung von Preßhefe und Wasser gegeben, außerdem in den einen 1 ccm des zu untersuchenden Blutes, in den zweiten 1 ccm 0,1 proz. Traubenzuckerlösung, in den dritten 1 ccm physiol. Na Cl-Lösung. Nach Beendigung der Gärung wird die Steighöhe des Hg in allen 3 Röhren in Millimetern abgelesen, woraus sich in leicht ersichtlicher Weise der Zuckergehalt des Blutes berechnen läßt. Zu der Mezger'schen Mitteilung ist zu bemerken, daß seine Methode keineswegs neu ist, sondern daß Th. Lohnstein selbst schon vor 20 Jahren eine im wesentlichen damit identische Modifikation seines Gärungssacharometers angegeben hat, und zwar zur Bestimmung der im „normalen" Harn enthaltenen geringen Traubenzuckermengen. Der Apparat und die Methode ist ausführlich in der Arbeit: „Ueber das Vorkommen von Traubenzucker im Harn der Nichtdiabetiker usw." auseinandergesetzt und in dieser Zeitung erschienen. (Allg. med. Zentralztg. 1900, Nr. 30 u. fg.) R. L.

Prof. Dr. **H. P. Kaufmann** (Jena): **Ueber neue therapeutisch wertvolle Aluminiumverbindungen, II. Mitteilung: Beitrag zur Therapie der Oxyuriasis.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 8.)

Dr. **Richard Rahner** (Gaggenau): **Die Therapie der Oxyuriasis.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 8.)

K. berichtet über Untersuchungen, die zum Ziel hatten, ein wirksames Mittel gegen Oxyuren herzustellen. Ein derartiges Mittel erhielt er durch Einwirkung von Benzoesäure auf basisches Aluminiumacetat; es ist eine schwer lösliche Substanz, nahezu geschmack- und geruchlos, welche Essigsäure und Benzoesäure in gebundener Form enthält. Ein weißes, luftbeständiges Pulver, passiert es den Magen unzersetzt, seine Komponenten kommen erst im Darm zur Wirkung. Das Präparat erhielt den Handelsnamen „Oxymors". Dieses Präparat ist zum Einnehmen bestimmt. Für eine gleichzeitige Behandlung mit Einläufen stellte Verfasser Tabletten aus Aluminium lacticum her. Zum Einfetten der Analgegend endlich ließ K. eine Oxymors-Salbe mit Zusatz von p-Dichlorbenzol anfertigen. Vorläufige Versuche mit den Oxymors-Präparaten in einem Militärlazarett hatten guten Erfolg.

Systematische Versuche mit den neuen Mitteln an 200 Fällen von Oxyuriasis stellte R. auf Veranlassung von K. an. Die Therapie wird folgendermaßen durchgeführt: 1. Der Kranke erhält 6 Tage lang 4 mal täglich je 2 Oxymorstabletten (zu 0,5 g) intern, und zwar die erste Dosis morgens nüchtern (in kaltem Getränk). Dadurch werden die Oxyuren im Intestinum vertrieben oder vernichtet. Jeden Abend vor dem Schlafengehen erhält der Patient 0,1 Kalomel. 2. Der Patient erhält 6 Tage lang ein lauwarmes Klysma (1/4—1/2 Liter Wasser, je nach dem Alter); in dem Wasser ist eine Analtablette aufgelöst; das Klysma wird am Abend verabreicht, es soll mindestens 10 Minuten verweilen. 3. Nach jeder Stuhlentleerung wird die Aftergegend mit warmem Wasser und Seife gereinigt und dann mit der Oxymors-Analsalbe eingeschmiert. Durch diese Salbe wird verhindert, daß die Oxyurenweibchen aus dem Anus auswandern, um die Eier abzulegen, und damit wird die Autoinfektion verhütet. Kleinere Kinder erhalten über Nacht eine frische Badehose angezogen. Mehrmals am Tage, unbedingt nach jeder Defäkation, sind die Hände mit heißem Wasser und Seife zu reinigen. — Bei dieser Behandlungsmethode hat R. alle Fälle nach 6 Tagen von ihren Oxyuren befreit. — Die Oxymorspräparate werden von den Chemischen Werken Rudolstadt hergestellt. Zur bequemen Darreichung kommt eine Kurpackung in den Verkehr, welche 6 Röhrchen mit 8 Stück 0,5 g-Tabletten Oxymors, 6 große rotgefärbte Tabletten für das Klysma und eine Oxymors-Analsalbe enthält.

Dr. **Heinrich Herschmann** (Wien): **Meningitis nach Bazillenruhr.** (Wiener klin. Wochenschrift 1920, Nr. 4.)

Bei einer 27 jährigen, bis dahin gesunden Frau entwickelte sich im Anschluß an eine Y-Dysenterie eine Meningitis, welche in Heilung ausging. Der Liquor erwies sich bei verschiedenen Lumbalpunktionen stets als steril, darum nimmt Verfasser an, daß es sich um eine Wirkung der Bakterientoxine gehandelt hat. In der Literatur fand Verf. keinen Fall von Erkrankung der Meningen nach Ruhr. Die Kranke wurde mit intravenösen Injektionen von polyvalenter Staphylokokkenvakzine behandelt, eine Therapie, welche schon wiederholt an der Wagner-Jauregg'schen Klinik mit Erfolg in Fällen von akuter, purulenter Meningitis zur Anwendung kam. Es handelt sich bei dieser Behandlung wahrscheinlich um die Bildung von nichtspezifischen Immunkörpern. Irgendwelche unangenehmen Zwischenfälle traten bei dieser Behandlung niemals auf.

Geh. Med.-Rat **Dörrenberg** (Soest): **Fünfjährige Erfahrungen mit dem Friedmann'schen Tuberkulosemittel.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 3.)

Verfasser hat im Frühjahr 1914 mit der Anwendung des Friedmann'schen Mittels begonnen und nach Unterbrechung durch den Krieg die Versuche im August 1918 fortgesetzt. Trotz einzelner Mißerfolge ist er im ganzen mit den Behandlungserfolgen sehr zufrieden. Von den 38 Fällen des Jahres 1914 betraf etwas mehr als die Hälfte leichtere, zum Teil beginnende Lungenerkrankungen, die sämtlich durch eine einzige Injektion endgültig geheilt sind. Sehr gut war auch der Erfolg bei Bauchfelltuberkulose. Von Knochentuberkulosen scheinen neben den ganz frischen Fällen die älteren torpiden Herde sich am besten zur Behandlung zu eignen. D. ist auf Grund seiner Erfahrungen überzeugt, daß durch das Friedmann'sche Verfahren das Problem der Bekämpfung und Heilung der Tuberkulose gelöst ist, sobald ihm nur alle frischen Erkrankungen früh genug zugeführt werden.

Kinderheilkunde.

Dr. **M. Clauß** (Heidelberg): **Ueber Polyneuritis im Kindesalter.** (Deutsche Ztschr. für Nervenheilkunde, Band 64, Heft 5—6.)

Verf. beschreibt 6 Fälle dieser im Kindesalter selten vorkommenden Krankheit, die im Anschluß an akute Infektionskrankheiten zur Beobachtung gelangt ist; bei Autointoxikationen scheint sie in der Kindheit nicht vorzukommen. Häufig ist eine toxische Albuminurie mit der Polyneuritis der Kinder verbunden. Sie unterscheidet sich von der Poliomyelitis acuta anterior durch die fortschreitende symmetrische Ausbreitung der Lähmungen und durch die Bevorzugung der distalen Teile der Extremitäten. Es kommt fast immer zu Heilungen ohne Atrophien, jedoch gibt es auch Fälle, die unter dem Bilde der Landry'schen Paralyse zum Tode führen. Hh.

Chirurgie.

Dr. **G. Spengler** (Wien): **Ueber Milzexstirpation bei perniziöser Anämie.** (Wiener klin. Wochenschrift 1920, Nr. 4.)

Verfasser berichtet über einen Fall von perniziöser Anämie, bei welchem mit gutem Erfolg die Milzexstirpation gemacht wurde. Die Operation wurde im Februar 1914 bei der damals 45 jährigen Patientin vorgenommen. Bei der Nachuntersuchung, 5 1/2 Jahre später, befand sich die Frau in sehr gutem Allgemeinzustand; das Blutbild ist, was die roten Blutkörperchen anlangt, vollständig zur Norm zurückgekehrt. Bei der Patientin kam nach der Operation keinerlei medikamentöse Therapie zur Anwendung.

Orthopädie.

Dr. **Engelen** (Düsseldorf): **Die Erwerbsbeschränkung bei Radialislähmung.** (Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1920, Nr. 10.)

Bei Radialislähmung hängt die Hand schlaff in Beugestellung herab, die Finger können in den Grundgelenken nicht gestreckt werden, wenn auch eine schwache Hebung zuweilen durch die Interossei und Lumbrikales ermöglicht wird. Die Tätigkeit der Tabatière-Muskeln ist völlig aufgehoben. Die Seitwärtsbewegungen der Hand sind beeinträchtigt. Die Bewegungen des Vorderarms sind abgeschwächt. Die Supination des Vorderarms ist bei gebeugtem Unterarm nur bis zur Mittelstellung möglich, bei gestrecktem Arm gänzlich unmöglich. — Die Arbeitsfähigkeit ist bei Radialislähmung weniger beeinträchtigt als bei Ulnaris- und Medianuslähmung, zumal eine passende Schiene das Uebel sehr mindern kann. Eine Erwerbsbeschränkung um 25 % bei der Arbeitshand und um 15 % bei der Nichtarbeitshand wird als angemessen angesehen. Hh.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dr. **P. Meyer** (Berlin): **Die operative Behandlung der Beckeneiterungen der Frau.** (Ther. Halbmonatsh. 1920, Heft 12.)

Im kleinen Becken der Frau kann sich Eiter ansammeln bei Perimetritis, bei Parametritis und bei Pyosalpinx, bzw. eitrigen Adnextumoren. Die Eiterung nach Perimetritis ist eine Folge der Entzündung des Beckenperitoneums und führt zu einem Erguß in den Douglasschen Raum. Bei der Parametritis liegt eine Entzündung des Beckenbindegewebes vor, die einen fortschleichenden, meist phlegmonösen Charakter annimmt. Die Pyosalpinx ist eine Eiteransammlung in der Tube mit Ausfüllung des Douglas. — In allen Fällen ist für einen rechtzeitigen Abfluß des Eiters Sorge zu tragen, wobei die Probepunktion nicht unterlassen werden darf. Die Eiterentleerung selbst erfolgt durch das Vogelsche Instrument mit Einlegung eines Gummidräns und von Jodoformgaze-

streifen. Nach 9 Tagen ersetzt man den Drän durch einen kleineren und wiederholt den Ersatz nach 2—3 Tagen. Sobald ein Fiebernachschub erfolgt, muß eine Entfernung bzw. Auswechselung des Dräns erfolgen. Die Nachbehandlung besteht in hydrotherapeutischen Umschlägen, Wärmebehandlung, Moorbädern usw. rs.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Dr. **H. Bonin** (Berlin): **Stearinfremdkörper in der Blase; Entfernung mittels intravesikaler Auflösung durch Benzin nach Lohnstein.** (Therapie der Gegenwart, Januar 1920.)

Zur Entfernung von fettartigen Fremdkörpern aus der Blase wurde von H. Lohnstein (1907) zuerst die Auflösung des Fremdkörpers mittels in die Blase eingespritzten Benzins angewendet, eine Methode, die auch später in einigen Fällen zum Ziele führte. Verfasser berichtet aus der Privatklinik von A. Freudenberg (Berlin) über einen weiteren hierhergehörigen Fall. Ein 35jähriger Mann hatte sich ein 12 cm langes Stück Stearin in die Blase geschoben, wodurch eine Reizung der Blase entstanden war. Nach vollständiger Entleerung der Blase wurden 15 ccm Benzin in dieselbe eingespritzt. Nach 15 Minuten wurde die eingespritzte Flüssigkeit ausuriniert, welche das aufgelöste Stearin nebst Dochtteilen enthielt. Auch die beiden nächsten Harnentleerungen brachten noch Teile von aufgelöstem Stearin zum Vorschein. Der weitere Verlauf war ohne Besonderheiten.

Dr. **Adolf Schuftan** (Berlin): **Ueber Terogontabletten, ein internes Antigonorrhoicum.** (Dermatol. Zeitschr. 1920, H. 5.)

Die Terogontabletten bestehen in der Hauptsache aus Pichi-Pichi, Kawa-Kawa und Lezithin. Im Gegensatz zu anderen inneren antigonorrhischen Mitteln sind die Terogontabletten frei von schädlichen Reizwirkungen und greifen vor allem die Nieren nicht an. Nach ihrem Gebrauch wird der alkalische Harn neutral bis sauer. Zugleich mit der klärenden Wirkung auf den Harn stellt sich auch eine Abnahme der entzündlichen Erscheinungen ein, so daß das Mittel nicht nur bei den chronischen Erkrankungen der Harnwege, sondern auch bei der akuten Gonorrhoe als reizmildernd empfohlen wird. Auch bei nervösen Erkrankungen der Blase und der übrigen Harnwege zeigt sich infolge der Reizmilderung ein guter Einfluß der Terogontabletten. Die Tablettenform macht das Mittel für den Gebrauch geeigneter als die Kapselform, die nicht immer angenehm ist. Hergestellt wird Terogon von der Calcion-Gesellschaft in Berlin W., Nollendorfstr. 29. R. L.

Balneologie.

Dr. **Grunow** (Wildbad): **Die Wildbader Thermalbadekur bei inneren Sekretionsstörungen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 24.)

Bei den Fällen von Struma mit Adipositas üben die Wildbader Thermalbäder eine anregende Wirkung auf die innere Sekretion der Thyreoidea aus. Wenn keine Herzstörung vorhanden ist, dann können dreiste Kuren vorgenommen werden; sowie aber myokarditische Veränderungen oder Störungen des Lungenkreislaufs nachweisbar sind, ist mit Rücksicht auf das Herz die Badekur nur mit Vorsicht vorzunehmen bzw. zu unterlassen. Besondere Vorsicht ist auch bei Neigung zu Angina pectoris am Platze. Bei dem großen Einfluß der Funktionen der weiblichen Keimdrüsen auf das kardiovaskuläre System ist bei nervös empfindlichen Frauen darauf zu achten, daß die Bäderreaktion nicht mit der Menstruation zusammenfällt. Im allgemeinen werden Amenorrhoe und Dysmenorrhoe durch die Wildbader Thermalbäder günstig beeinflußt, schwere Blutungen dagegen ungünstig. Myome bilden eine Gegenanzeige gegen die Wildbader Thermalbäder, da sie auf die Myome wachstumerregend einwirken. In ähnlicher Weise ist auch eine anregende Wirkung der Bäder auf die Gravidität festzustellen. Die klimakterischen Beschwerden werden durch die Wildbader Thermalbadekur günstig beeinflußt, was sich durch den direkten Einfluß auf die inneren Drüsenharmone erklären läßt. In ähnlicher Weise wie auf das Ovarium wirkt die Wildbader Thermalbadekur auch auf das Pankreas günstig ein und zeigt gute Erfolge in der Therapie des Pankreas-Diabetes. Schließlich wäre noch die gute Einwirkung der Wildbader Thermalbadekur auf die Alterskachexie hervorzuheben. Hirsch.

Dr. **Max Müller** (Frankfurt a. M.): **Sehstörungen im Anschluß an heiße Bäder.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 26.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Sehstörungen nach heißen Bädern bei alten Leuten, und benutzt diese Gelegenheit, darauf hinzuweisen, daß bei der Gefahr apoplektischer Insulte die Indikationsstellung für heiße Bäder nur mit größter Vorsicht gestellt werden darf und in solchen Fällen heiße Bäder lieber unterbleiben sollen. — In Kurorten wird das mit Recht immer wieder von Aerzten betont, aber vielfach lassen sich die Patienten bei dem gesteigerten Wärmebedürfnis, das dem hohen Alter nun einmal eigen ist, die Bäder wärmer herrichten, als sie vom Arzte vorgeschrieben waren. Die Unglücksfälle, die darauf zurückzuführen sind, werden gewöhnlich ihrer wahren Ursache nach nicht bekannt. Hh.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Aerztliche Gesellschaft für Mechanotherapie.

Dr. **A. Laqueur** (Berlin): **Grenzen der Leistungsfähigkeit der künstlichen Höhensonne.** (Ist im Original in Nr. 26 dieser Zeitschrift erschienen.)

Aussprache:

Dr. **Hirsch** (Charlottenburg): Ich möchte mir die Frage gestatten, ob die Strahlen der Quarzlampe mit denen der Höhensonne tatsächlich so viel Uebereinstimmung zeigen, daß der Name „künstliche Höhensonne" berechtigt ist. Solche Vergleichsbezeichnungen sind ja auch seit jeher in der Balneologie beliebt gewesen, wie „Nizza des Ostens", „nordische Riviera" usw. Wenn auch diese Vergleiche gewöhnlich stark hinken, so tauchen sie doch immer wieder von neuem auf. Hat doch sogar unser hochverehrter Altmeister Winternitz sich vor 40 Jahren die Entgleisung geleistet, seine hydropathischen Umschläge als „madeiraartiges Privatklima" zu bezeichnen, weil sie den Kranken mit der feuchtwarmen „Treibhausluft" der Riviera umgeben. Wenn die Quarzlampenstrahlen nicht mit denen der Höhensonne vollkommen übereinstimmen oder mit ihnen die größte Aehnlichkeit haben, dann soll man doch lieber den Ausdruck „künstliche Höhensonne" fallen lassen und von Quarzlampe reden oder wie man sie sonst bezeichnen will, ohne zu Irreführungen Veranlassung zu geben.

Sanitätsrat Dr. **Lubinus** (Kiel): Die Gelenktuberkulose behandle ich nach den Vorschlägen von Bier mit der Kombination von Quarzlicht- und Röntgenbestrahlung, Stauung und Jodnatrium. Abszesse werden punktiert. Operative Maßnahmen weitgehender Art werden, wenn irgend möglich, vermieden.

Dr. **Michaelis** (Leipzig): Ich kombiniere die Höhensonnenbestrahlung mit Hyperämiebehandlung, indem ich der Höhensonnenbestrahlung eine Heißluftbehandlung vorangehen lasse (z. B. bei Kniegelenkserkrankungen ein elektrisches Lichtbad von 10 Minuten). Durch diese Maßnahme wird eine stärkere Durchblutung der Haut bei Einsetzen der Höhensonne bewirkt, die Haut sozusagen sensibilisiert und eine größere Zahl von roten Blutkörperchen chemisch beeinflußt. Die Dauer der Bestrahlung kann dadurch herabgesetzt werden, denn das Erythem tritt früher ein.

Dr. **Meyer** (Lübeck): Ich habe mit der kombinierten Behandlung von Höhensonne und Röntgen gute Erfahrungen gemacht. Doch habe ich in einem Fall eine akute eitrige Einschmelzung eines Hüftgelenks bei Röntgenbehandlung gesehen. Empfehlenswert ist die Einspritzung eines Jodpräparates in das Gelenk vor der Röntgenbehandlung.

Sanitätsrat Dr. **Kirsch** (Magdeburg): Gegen die übermäßige Reklame des Sollux-Verlages haben die Magdeburger Aerzte Verwahrung eingelegt. Ich bitte um weitere Stellungnahme zur Frage der Tiefenwirkung der lokalen Bestrahlung, die noch sehr ungeklärt ist.

Dr. **Hertzell** (Bremen): Anknüpfend an die Behauptung des Herrn Laqueur, daß die Wirkung der Höhensonne in vielen Punkten schwer zu erklären sei, möchte ich darauf hinweisen, daß bei der Höhensonnenbehandlung die erzeugte Hyperämie durchaus hinreicht, um die erzielten Erfolge restlos zu erklären. Sie läßt sich leicht durch die dunkle Farbe und Hitze des betreffenden Gliedes nachweisen. Bei Fingerdruck auf das Glied erscheint ein weißer Fleck infolge der Verdrängung des Blutes aus der Haut. Die durch Höhensonne erzeugte Hyperämie unterscheidet sich dadurch von anderen Arten der Hyperämie (etwa durch Dampf, Heißluft oder Diathermie), daß die Dauer derselben auf Tage, sogar Wochen ausgedehnt werden kann. Die Höhensonnenbehandlung ist namentlich bei lokaler Behandlung im wesentlichen eine Hyperämiebehandlung. Es ist darum nicht auffällig, daß sich alle Wirkungen der Hyperämie mit ihr erzielen lassen. Daß die Höhensonnenbehandlung auch andere Wirkungen auf den Körper hat, wird keineswegs bestritten. Ich wünsche nur, die Wirkung der Hyperämie in den Vordergrund gestellt zu sehen.

Die Quarzlampenstrahlen sind denen der Höhensonne so ähnlich, daß die Bezeichnung „künstliche Höhensonne" berechtigt ist.

Dr. **Michaelis** (Leipzig): Ich bestreite, daß durch die Lokalbehandlung und die dadurch hervorgerufene Hyperämie allein die Wirkung der Höhensonne zu erklären ist, sondern ich bin der Ansicht, daß die Bildung der Antistoffe in der Haut dabei eine große Rolle spielt. Demgemäß wird man eine stärkere biologische Wirkung bei Bestrahlung größerer Flächen erzielen als bei lokalisierter Bestrahlung.

IV. Bücherschau.

Allgemeine Biologie als Grundlage für Weltanschauung, Lebensführung und Politik von Prof. Dr. **H. G. Holle.** J. F. Lehmanns Verlag, München 1919. 282 S., geh. M. 9,—, geb. M. 11,—.

Vorliegendes Werk stellt die Grundzüge der allgemeinen Biologie mit spezieller Nutzanwendung auf die menschlichen Verhältnisse dar. Auf eine eingehende Besprechung des Buches verzichten wir mit Rücksicht auf den uns zur Verfügung stehenden knappen Raum, ferner weil wir unsere rein ärztlichen Interessen gewidmete Zeitung nicht zum Tummelplatz politischer Meinungsverschiedenheiten machen wollen. Es sei nur in aller Kürze der Standpunkt des Verfassers gekennzeichnet: als Biologe bekennt er sich zum Neovitalismus, in politischer Hinsicht lehnt er die Demokratie ab, als Wirtschaftspolitiker bekämpft er den Kapitalismus, tritt für

eine Reform des Geldwesens, für einen begrenzten Staatssozialismus und im Zusammenhang damit für eine weitgehende Bodenreform ein, welche die kapitalistische Ausnutzung des Bodenbesitzes unmöglich macht. Gewisse moderne Strömungen, wie die völlige Gleichstellung beider Geschlechter, verwirft er, endlich huldigt er — das darf nicht verschwiegen werden — einem einseitig „deutschvölkischen" Standpunkt. Man kann dem Verfasser in mancher Beziehung beistimmen, dagegen fordern viele seiner Ansichten auch zum Widerspruch heraus. Es kommt eben ganz auf den Standpunkt des Lesers an. Immerhin regt das Buch zum Nachdenken an und kann als interessante Lektüre auch andersdenkenden Lesern empfohlen werden. L.

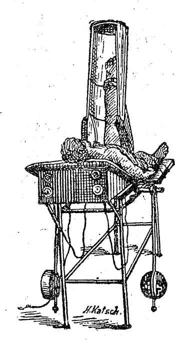
Prof. Dr. **C. Dorno** (Davos): **Physik der Sonnen- und Himmelsstrahlung.** — 1919, Friedr. Vieweg & Sohn, Braunschweig, 126 Seiten mit 16 Figuren im Text und auf Tafeln. — Preis 6,— M., geb. 8,— M.

Die Notwendigkeit meteorologischer Beobachtung und klimatologischer Forschung in unseren Kurorten, welche namentlich in letzter Zeit durch die Balneologische Gesellschaft betont wurde, macht die Durcharbeitung des vorliegenden Buches besonders wünschenswert. Nach einem kurzen Ueberblick über die Erdatmosphäre in den verschiedenen Schichten wird die Physik der Sonnenstrahlung und die der Himmelsstrahlung eingehend bearbeitet. Das Buch ist für den Arzt durchaus nicht einfach geschrieben, sondern erfordert ein gründliches Studium und reiche Vorkenntnisse in der Meteorologie. Aber der Arzt, der sich mit Klimatologie befaßt und das Klima in den Dienst der Therapie stellen will, wird gerade an dem Beispiel von Davos die Notwendigkeit und den Nutzen dieses Studiums erkennen. Es wäre dringend zu wünschen, daß die Lehren des Verfassers auch in den Kreisen unserer Kurorte fruchtbaren Boden finden und zu meteorologischen und klimatologischen Beobachtungen ausgiebig anregen, um auch unsere klimatischen Kurorte auf eine möglichst sichere wissenschaftliche Basis zu stellen. Hirsch.

Geh. San.-Rat Dr. **Emil Pfeiffer** (Wiesbaden): **Die Badekur in Wiesbaden.** — 1919, J. F. Bergmann in Wiesbaden. 40 Seiten. — Preis 2,— M.

In der vorliegenden Badeschrift gibt Verf. aus dem Schatz einer reichen, mit streng wissenschaftlicher Kritik gepaarten Erfahrung heraus einen kurzen, gedrängten Ueberblick über die Badekur in Wiesbaden. Die Jahrtausende alte Geschichte der Wiesbadener Thermen ist recht interessant abgehandelt, die physiologische Wirkung der Badekur exakt beschrieben und ihre Anwendung bei den verschiedenen Heilanzeigen ohne Uebertreibung zur Darstellung gekommen. Die Schrift wird jeden Arzt, der sich schnell über die Kurverhältnisse des altbewährten Kurortes orientieren will, durchaus zufriedenstellen; sie ist streng wissenschaftlich gehalten und frei von Schönfärberei und jedem Reklamebeiwerk — so recht das Muster für die Belehrung von Kollegen durch den gründlichen Kenner der Verhältnisse. Hirsch.

V. Technische Fortschritte.



Ischiasapparat nach Dr. Becker (Bremen). Der neue Apparat, hergestellt von der Firma Hermann Katsch (München), dient zur Behandlung von Ischias, Lumbago und chronischen Erkrankungen des Hüftgelenks. Es beruht auf dem bereits vor 12 Jahren von Becker veröffentlichten Prinzip der Pendelbewegung unter gleichzeitiger Erwärmung des kranken Gliedes durch heiße Luft. Durch diese Kombination ist die Wirkung beider Faktoren eine vielfach gesteigerte, schon allein deshalb, weil durch die Erhitzung die Schmerzhaftigkeit im kranken Gliede ganz erheblich herabgesetzt wird und daher eine viel energischere Pendelübung stattfinden kann als im kalten Zustande des Gliedes. Der vorliegende Apparat dient der Hüftbeugung und -streckung aus der horizontalen Lage des Patienten, die ohne viele Gurten und Schnallen die einfachste Fixierung des Oberschenkels gewährleistet. Zur Ischiasbehandlung wird dabei das Knie gestreckt gehalten und dadurch eine intensive Dehnung der Hüftnerven erreicht, deren Schmerzhaftigkeit durch die gleichzeitige Heißluftbehandlung wesentlich herabgesetzt wird. Die Erhitzung geschieht durch elektrische Glühbirnen. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, daß nicht nur die Hüfte, sondern auch die ganze Lendenpartie der kranken Seite der Bestrahlung und Dehnung ausgesetzt wird. Dieses ist besonders deshalb wichtig, weil dadurch auch die Wurzeln des Hüftnerven bis herauf zu ihrem Ursprung aus dem Rückenmark getroffen werden. Zur Behandlung von Hüftgelenksversteifungen (alten Schenkelhalsfrakturen, Coxa vara, Arthritis deformans) kann der Lendenabschnitt durch einfache Höherlagerung des Patienten aufs leichteste ausgeschaltet werden; es findet dann bei jeder Pendelübung eine exakte Beugung mit Ueberstreckung im Hüftgelenk selbst statt. Hh.

Viscitin ist der Name für ein wohlschmeckendes Nähr- und Kräftigungsmittel, das die Firma Hermann Schöbel in Dresden-A. auf den Markt bringt. Es setzt sich aus den Grundsubstanzen Fett, Eiweiß, Kohlehydrate und Salze zusammen und verdient vollauf den Namen einer Kraftnahrung. Empfohlen wird es bei Nervenleiden, Blutarmut, Magen- und Darmkrankheiten, für Kinder, Greise, stillende Frauen, Wöchnerinnen Unterernährte, Rekonvaleszenten und Kranke, insbesondere Tuberkulöse. Es läßt sich in Wasser, Suppen, Milch, Kakao usw. gut nehmen. Für Leute, welche Kraftnahrung in flüssigen Substanzen nicht nehmen mögen, wird Viscitin in Tablettenform hergestellt.

Nachtrag: Zu dem Bericht über die Abhandlung von Dr. **Meinshausen** (Hamburg): **„Meine Erfahrungen über das künstliche Oberschenkelbein mit willkürlicher Steuerung nach dem System von Dähne-Haschke"** in Nr. 25 der Allg. med. Centralzeitung teilt die Deutsche Kunstgliedergesellschaft, Berlin-Schöneberg, Hauptstraße 11, mit, daß es ihr inzwischen erfreulicherweise gelungen ist, die in dem Bericht angedeuteten Mängel an dem Kunstbein zu beheben. Vor allem ist es durch eine Neu-Konstruktion des Kniegelenks möglich geworden, den Unterschenkel im spitzen Winkel nach hinten zu legen und dadurch eine Verbesserung der Fußkonstruktion durchzuführen.

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Zwischen dem Groß-Berliner Aerztebund und dem Verband der Krankenkassen Groß-Berlins ist eine Einigung über die schwebenden Kassenfragen zustande gekommen. Die Einführung der freien Arztwahl ist gesichert. Als Honorar bezahlen die Krankenkassen vom 1. April ab für jeden Versicherten 7,50 M., außerdem einen Zuschlag von 2,50 M. für das erste Vierteljahr. Das Honorarabkommen gilt zunächst für 1920, der übrige Teil des Vertrages gilt für 5 Jahre. Die allgemeine freie Arztwahl tritt in Kraft, sobald die nötigen organisatorischen Vorarbeiten abgeschlossen sind. Falls einzelne Kassen die freie Arztwahl nicht einführen, sollen deren Aerzte von der Teilnahme an der freien Arztwahl ausgeschlossen werden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Berliner Stadtmedizinalrat Geh. Med.-Rat Dr. Weber hat einen Ruf an das sächsische Landesgesundheitsamt in Dresden erhalten, dessen Leitung er als Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Geheimrats Dr. Renk übernehmen wird. — Zum ärztlichen Direktor am städtischen Krankenhause im Friedrichshain wurde an Stelle des verstorbenen Prof. Dr. Alfred Neumann der dirigierende Arzt der zweiten äußeren Abteilung Prof. Dr. Braun gewählt; die Stelle des ärztlichen Direktors am Rudolf Virchow-Krankenhause, die bisher Prof. Dr. Hermes bekleidete, erhielt der dirigierende Arzt Prof. Dr. R. Mühsam. — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fedor Krause, Leiter der chirurgischen Abteilung des Augusta-Hospitals, der zurzeit in Brasilien weilt, wurde zum Ehrenmitglied der brasilianischen Academia nazionale ernannt. — Zum dirigierenden Arzt der inneren Abteilung an dem neu errichteten Krankenhaus St. Dominikus-Stift in Hermsdorf bei Berlin wurde Prof. Dr. Ohm, zum dirigierenden Arzt der chirurgischen Abteilung Dr. Hayward ernannt.

Marburg. Privatdozent Prof. Dr. Georg Bessau (Breslau) erhielt das hier neu errichtete Extraordinariat für Kinderheilkunde.

Hamburg. Nach einem Beschluß der Bürgerschaft wird an der hiesigen Universität eine außerordentliche Professur für Kinderheilkunde errichtet, welche der Berliner Privatdozent Prof. Dr. Kleinschmidt zum 1. Oktober d. J. übernehmen wird.

Dresden. Privatdozent Prof. Dr. Küster, Leiter der Breslauer geburtshilflichen Universitätspoliklinik, wird vom 1. August an als Leiter der Frauenklinik an Dr. Lahmanns Sanatorium, Weißer Hirsch (Chefarzt Prof. J. H. Schultz) tätig sein.

Gießen. Prof. Dr. Keibel (Königsberg) erhielt einen Ruf auf das durch Prof. Strahl's Tod erledigte Ordinariat für Anatomie.

Graz. Dr. Hammerschmidt habilitierte sich für Hygiene.

Bern. Dr. Waldemar Löwenthal habilitierte sich für Bakteriologie.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Streik in Hanau.

Im Namen der **Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H. Hanau** machen wir hiermit bekannt, daß die Beamten — und mit ihnen aus Solidarität die Arbeiter — dieser Firma seit **Montag, den 21. 6. 20** gemeinsam ohne Anrufung des Schlichtungsausschusses in Streik getreten sind; sie verlangen von der Quarzlampen-Gesellschaft nicht nur Anerkennung sondern auch die 20% Ueberschreitung eines Gehaltstarifes, den der Gesamtverband der Hanauer Industrie überhaupt unbedingt abgelehnt hat.

Weil bekannt ist, daß zahlreiche ärztliche Institute auf die Lieferungen der Quarzlampen-Gesellschaft seit Monaten warten und durch die bisherigen Produktionsnöte der Fabrik ohnehin schwer betroffen worden sind, soll also unter allen Hanauer Firmen allein die Quarzlampen-Gesellschaft herausgegriffen werden, um gewaltsam Bresche zu legen in den unbedingt nötigen Zusammenschluß der Arbeitgeberverbände.

In Erkennung der Tragweite des jetzigen Streikes haben wir der Quarzlampen-Gesellschaft kraft ihrer Zugehörigkeit zu unserem Verband verbieten müssen, etwa erneut durch bei ihr bisher leider viel zu häufig gemachte Konzessionen dieser Gewaltpolitik zu einem verhängnisvollen Erfolg zu verhelfen. Die Quarzlampen-Gesellschaft muß deshalb bis auf weiteres ihren Betrieb schließen.

HANAU, den 24. Juni 1920. **Der Gesamtverband Hanauer Arbeitgeber.**

Zur gefl. Beachtung!

Wir bitten bis auf weiteres keinerlei Mitteilungen noch Sendungen an uns abzurichten. Unsere Büros und Fabrik stehen still. Etwa trotzdem eingehende Briefe oder Telegramme können nicht einmal geöffnet werden!

Alle Herren Besteller, die sich selbst, den Patienten und uns in dieser gemeinsamen Notlage helfen wollen, werden gebeten, sofort direkt bei dem Herrn **Demobilmachungskommissar in Cassel** unter entsprechender Begründung sofortiges Eingreifen und Schutz unserer zahlreichen Arbeitswilligen zu beantragen.

HANAU, den 24. Juni 1920.

Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang · Berlin, 24. Juli 1920 · No. 30

10.5 / 114 / 15

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes



BABY-CREME
„Kosmata"
FEINSTES
SPEZIALERZEUGNIS
FÜR DIE
KINDERHAUT.
REIZLOS-MILDE
ERSTKLASSIGE AUFMACHUNG!
BINDER & KETELS
HAMBURG-BERLIN
ZENTRALVERKAUFSKONTOR:
HAMBURG 23.

89. Jahrgang **Berlin, 24. Juli 1920** **No. 30**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Funktionsprüfung des Herzens.

Von Prof. Dr. **Rehfisch** (Charlottenburg).

Vortrag gehalten auf dem 36. Balneologen-Kongreß in Berlin, 11. März 1920.

(Schluß aus Nr. 29.)

Von einem ganz anderen Gesichtspunkt aus betrachtet erscheint uns die Lehre von der Elektrokardiographie als Funktionsprüfungsmethode des Herzens. Sie lehrt uns, seine Leistung gleichsam in origine zu erkennen. Denn die Kurve des Elektrokardiogramms (Ekg) beruht auf der algebraischen Summe der Potentialdifferenzen, die bei der gesamten Herzaktion resultiert. Da nun die Potentialdifferenz zwischen erregten und nicht in Erregung befindlichen Teilen eines Muskelgebietes lediglich einem veränderten Chemismus entspricht und dieser, wenn auch nicht ganz, so doch in erheblichem Maße von der Intaktheit der Muskelelemente abhängig ist, so wird es verständlich, daß die Höhe der Potentialdifferenzen als deren Ausdruck wir die einzelnen Erhebungen im Ekg zu betrachten haben, im allgemeinen — es kommen allerdings auch Ausnahmen vor — der Intaktheit des Muskelgewebes parallel gehen wird. Sehen wir an dieser Stelle ganz ab von der hohen Bedeutung, die die Elektrokardiographie für die Lehre und Analyse der Arythmie gewonnen hat und beschränke ich mich hier lediglich auf rein funktionelle Betrachtungen, so hat eine reiche klinische Erfahrung gelehrt, daß wir in der Finalschwankung des Ekg ein Kriterium für die Funktion des wichtigsten Teiles der Herzmuskulatur vor uns haben, d. h. jenes Muskelkomplexes, dem die Austreibung des Blutes obliegt. An dieser von Kraus und Nicolai zuerst festgestellten Beobachtung haben die überaus reichlichen Erfahrungen von 12 Jahren nichts Wesentliches ändern können. Eine niedrige und gedehnt verlaufende Finalschwankung scheint der Ausdruck einer nicht mehr vollwertigen Funktion des Herzmuskels zu sein, und eine dauernd negative Finalschwankung muß auch heute noch als ein für die Beurteilung ernst aufzufassendes Kriterium gelten, und ich brauche in dieser Hinsicht nichts von dem zurückzunehmen, was von mir bereits vor 10 Jahren gesagt wurde. Habe ich doch bei einem Material von nahezu 10 000 Fällen nur äußerst selten eine negative Finalschwankung bei Herzen angetroffen, die ich nach der sonstigen klinischen Beurteilung nicht als besonders krank beurteilen würde. Worauf diese Inkongruenz in den einzelnen Fällen zurückzuführen ist, vermag ich nicht anzugeben, nur möchte ich doch einschränkend hinzufügen, daß ich doch hin und wieder Gelegenheit hatte zu beobachten, daß unter entsprechender Behandlung auch eine negative Finalzacke wieder in eine positive sich umgewandelt hat. Worin sich aber die Elektrokardiographie von allen anderen bisher genannten Untersuchungsmethoden wesentlich unterscheidet, ist der Umstand, daß wir durch sie nicht nur über die eigentliche Funktion des Herzens als Motor orientiert werden, sondern daß wir durch sie auch die Sukzession der Arbeit der einzelnen Herzabschnitte kennen lernen. Wir können den Erregungsablauf vom Sinus bis zu der letzten Tätigkeit des Treibwerks verfolgen, gewinnen ein geradezu plastisches Bild von der Funktion des Reizleitungssystems und vermögen mühelos seine durch funktionelle oder pathologische Veränderungen gesetzten Störungen, die eine Arythmie zur Folge haben müssen, in so weitem Umfange zu verstehen, daß uns das Ekg nahezu eine topische Diagnose innerhalb des Herzens selbst ermöglicht, so daß wir beispielsweise imstande sind, aus dem Ablauf der elektrokardiographischen Kurve allein zu schließen, ob sich ein luetischer oder arteriosklerotischer Prozeß im Atrium, im linken oder rechten Ventrikel an zirkumskripter Stelle befindet.

Im Gegensatz zu den bisherigen Methoden, die sich vorzugsweise mit der Funktion des linken Ventrikels beschäftigt haben, ist die Venenpulsdarstellung die eigentliche Domäne für die Beurteilung der Vorgänge im rechten Ventrikel. Diente sie anfangs auch nur zur Feststellung von Arythmien, die haben doch schon Rihl, ganz besonders aber Ohm nachweisen können, daß der Ablauf der Venenpulskurve als Index für die Beschaffenheit gerade der rechten Kammer dienen kann. In seiner Arbeit „Venenpuls und Herzschallregistrierung" hat uns Ohm in die Arbeitsleistung und in die gestörte Funktion der rechten Kammer eingeführt und gezeigt, daß die einzelnen Erhebungen und Senkungen der Venenpulskurve nicht nur von den verschiedenen Füllungszuständen der Vorkammern und Kammern abhängen, sondern daß sie auch wesentlich durch die Volumenschwankungen des Thoraxinnern bedingt sind. Sehen wir an dieser Stelle von der a-Zacke, dem Ausdruck der Atriumsystole, der v-Zacke, dem Anzeichen der beginnenden Ventrikelsystole, ab, so ist es vor allem die Konfiguration der dritten, der sogenannten vs-Zacke, die uns über die Funktion des rechten Ventrikel Genaueres aussagt. Beim gesunden Herzen zeigt diese Zacke, nachdem sie ihre Höhe erreicht hat, einen fast steilen Abfall, als Ausdruck dafür, daß nach Oeffnung der Trikuspidalklappen das rechte Atrium seinen Inhalt unter einem bestimmten, wenn auch nicht sehr hohen Druck in die rechte Kammer entleeren kann. Verzögert sich dieser Abfall aber oder verläuft er fast horizontal, so haben wir in einer derartigen Kurve den sicheren Beweis, daß eine Stauung im rechten Ventrikel vorhanden sein wird, daß also eine Dilatation dieses Herzabschnittes vorliegen muß.

Einen ganz neuen Gesichtspunkt für die Funktionsprüfung versuchte dann Sahli in die Klinik einzuführen. Sein Streben war darauf gerichtet, nicht die eigentliche Leistung des Herzens, sondern die Energie der Pulswelle selbst zu messen, in der Erwartung, daß sich aus dieser Betrachtung vielleicht dereinst die Arbeit des Herzens würde bestimmen lassen. So entstand die Sphygmobolometrie von Sahli, und das Prinzip der Methode beruht darauf, die Energie des Pulses zu berechnen aus den Druckschwankungen der Luft innerhalb einer um den Arm gelegten Manschette, deren Betrag an einem mit der Manschette verbundenen Luftmanometer abgelesen wird, und dem Volumen der Manschettenluft. Das Produkt aus Druck und Volumen ergibt dann den zahlenmäßig feststellbaren Energiewert. So ist Sahli der eigentliche Begründer der dynamischen Diagnostik des Pulses, wenngleich seine Methode vermutlich wegen der Kompliziertheit und häufigen Abänderung des Apparates in der Klinik nicht die Verbreitung gefunden hat, wie die Energometrie von Christen, die auf dem gleichen Grundgedanken aufgebaut war. Christen geht von folgenden Betrachtungen aus: Der systolische Zufluß zu den Arterien ist ein periodischer, der Abfluß dagegen ein kontinuierlicher; folglich muß sich die systolische Arbeit des Herzens umsetzen in eine elastische Spannung der Gefäße und in Stromgeschwindigkeit, die aber nur einen Bruchteil der ganzen Energie beansprucht. Die in den Arterien aufgespeicherte potentielle Energie verwandelt sich jetzt während der Diastole des Herzens in kinetische, um die Weiterbeförderung des Blutes zu ermöglichen. Die Pumparbeit des Herzens selbst ist das Produkt aus dem Blutdruck, also dem Widerstand und dem Schlagvolumen. Dieses geht nun in den verschiedenen Gefäßprovinzen über in ein Pulsvolumen, d. h. in die Blutmenge, die während einer Pulsperiode einen gegebenen Querschnitt passiert. Allein nicht auf die Messung des Pulsvolumens, sondern auf die Füllung des Pulses kommt es an, d. h. auf den Volumenunterschied zwischen diastolischem Minimum und systolischem Maximum in einem bestimmten Gefäßabschnitt. Diese Füllung kann aber, da die Arterienwand sich physiologisch in einer ziemlich hohen Spannung befindet, nur gemessen werden, wenn wir das Gefäß entspannen können. Dies erreichen wir, wenn wir auf dasselbe einen Außendruck mittels einer aufgeblasenen Luftmanschette ausüben. Jetzt wird naturgemäß jede Druckschwankung der Arterie, da sie entspannt nunmehr freier schwingen kann, eine entsprechende Druckschwankung in der Manschette hervorrufen. Die Höhe derselben läßt sich durch ein am Energometer angebrachten Manometer zahlenmäßig bestimmen. Nun ist es aber verständlich, daß diese Schwankungen in der Manschette als Ausdruck der Füllung abhängig sein müssen von der Höhe des aufgewandten Außendrucks, und so folgt daraus, daß die in einem begrenzten Arterienabschnitt geleistete Energie gleich sein muß dem Produkt von Außendruck und Füllung. Trägt man nun diese beiden Werte Volumen gleich Füllung und Druck in ein Schema ein, in dem die Drucke als Abszisse, die Volumina als Ordinaten eingezeichnet werden und verbindet man diese Punkte zu einer Kurve, so erhält man ein dynamisches Diagramm. Aus der Multiplikation von Volumen und Druck ergibt sich dann der Energiewert. Wie aus diesen Betrachtungen hervorgeht, ist die Energometrie von Christen auf rein physikalischen Grundgedanken aufgebaut. Mir steht nicht das Recht zu, über die Brauchbarkeit dieser Methode zu urteilen, da ich sie selbst nie angewandt habe. So viel geht aber aus den übereinstimmenden Resultaten von Christen selbst und seinen Mitarbeitern hervor, daß der Energometer besonders dazu geeignet erscheint, gerade durch die Differenzierung von Druck und Volumen Gefäßarbeit von Herzarbeit getrennt beurteilen zu können und daß sich im dynamischen Diagramm sich scharf markierende Unterschiede zwischen Praesklerose und Neurose des Herzens erkennen lassen.

Dieses dürften im großen und ganzen wohl die wichtigsten Apparate sein, die uns eine genauere Funktionsprüfung des Herzens ermöglichen. Nun ist es aber selbstverständlich, daß ein derartiges Instrumentarium wohl zu dem Arsenal einer Klinik oder besonders für die Herzdiagnostik eingerichteter Institute gehört, daß der praktische Arzt zumal in der Kleinstadt doch aber gar nicht in der Lage ist, sich derartiger Apparate zu bedienen. Da aber gerade von diesem, dem auch ein Konsiliarius nicht immer zur Seite steht, verlangt werden muß, daß er zur Genüge über den Zustand und die Leistungsfähigkeit des Herzens orientiert ist, so müssen auch Untersuchungsmethoden vorhanden sein, die auch ohne Aufwand eines größeren Instrumentariums zum Ziele führen. Tatsächlich genügt hierfür schon eine eingehende Auskultation, und kein Geringerer als Ehrenfried Albrecht hat uns gelehrt, wie eine subtile Auskultation an und für sich schon als Funktionsprüfung des Herzens ausreichen kann. Durch sie allein bemühte sich Albrecht, die pathologisch-anatomische Beschaffenheit des Herzens festzustellen. Er ging hierbei von folgenden Gesichtspunkten aus: Unter dem Einfluß bestimmter, noch näher auszuführender Atmungsversuche reagiert das gesunde Herz in ganz typischer Form. Während einer tiefen Inspiration — es ist dies die erste Phase des Atmungsversuches — findet durch Ansteigen des negativen Drucks im interpleuralen Raum eine vermehrte Füllung des rechten Herzens, der Lungenkapillaren und zum Teil auch der Atrien statt. Dieser vermehrte Zufluß aus der Peripherie nach dem Herzen während der ersten Phase wirkt als Reiz auf die Frequenzbildung. Die Pulszahl steigt, das Blut wird besser arterialisiert. Es folgt jetzt die zweite Phase, während der der Patient auf der Höhe der Inspiration die Atmung anhält. Da keine weitere Ansaugung von Blut stattfindet, verharrt dieses länger in den Kapillaren, die Stromgeschwindigkeit wird verlangsamt, das Blut schlechter arterialisiert. Somit wirkt also die zweite Phase im Gegensatz zur ersten im gewissen Sinne schädigend auf den Herzmuskel ein. Kommen wir nunmehr zur dritten Phase, der Zeit der Exspiration mit der sogenannten Nachwirkungsperiode, so wird jetzt der negative Druck innerhalb der Lungen positiv, und findet daher unter diesem erhöhten Druck, unter dem jetzt die Lungenkapillaren stehen, eine größere Füllung des linken Ventrikels statt, der Puls wird kräftiger. Dieses sind die physiologischen Reaktionen eines Albrechtschen Atmungsversuches beim gesunden Herzen. Bei dem kranken dagegen machen sich schon bei der geringen Belastung eines Atmungsversuches ganz andere Wirkungen bemerkbar. So sehen wir zunächst Pulsationen auftreten. Erscheinen diese bereits in der ersten und zweiten Phase, zu einer Zeit also, in der vor allem das rechte Herz eine vermehrte Füllung erhält, so gelten sie nach Albrecht als Beweis dafür, daß die Elastizität der rechten Kammer und des rechten Vorhofs gelitten hat, daß diese Herzabschnitte zur Dilatation neigen. Andererseits wird wiederum das Auftreten von Pulsationen während der dritten Phase, zu einer Zeit, in der vorzugsweise der linke Ventrikel einen Füllungszuwachs erfährt, als Symptom gelten müssen, daß gerade dieser Herzteil seinen Tonus verloren hat und zu dilatieren beginnt.

Des weiteren weist Albrecht nach, daß das Ausbleiben einer Frequenzvermehrung während der ersten Phase auf eine mangelhafte Reizbarkeit des Herzens schließen läßt. Für diese kann nur eine im physikalischen Sinne erhöhte Wandelastizität, wie sie dem hypertrophischen Muskel eigen ist, verantwortlich gemacht werden. Somit glaubt Albrecht, aus dem Fehlen der Frequenzerhöhung in der Inspirationsphase bereits auf eine Hypertrophie des Herzmuskels schließen zu dürfen, auch dann, wenn diese sich der sonstigen klinischen Beobachtung noch entzieht.

Da aber ferner, wie wir oben erwähnt haben, in der zweiten Phase das Blut schlechter arterialisiert wird, so genügt nach Albrecht bei einem minderwertigen Herzen schon diese geringfügige Schädigung des Herzmuskels, also seine relativ mangelhafte Ernährung, um das Auftreten von Hypertrophieen, Asystolieen und Dyssystolieen gerade während der zweiten und dritten Phase zu erklären.

Es würde hier zu weit führen, wollte ich auch nur annähernd die gesamte pathologische Symptomatologie erwähnen, in der Albrecht die Zeichen eines in seiner Muskelkraft geschwächten Herzens erblickt. So viel sei nur betont, daß Albrechts Arbeit „die Atmungsreaktion des Herzens" aufs innigste verbunden ist mit seinem Fundamentalwerk „der Herzmuskel", und daß der Inhalt der einen Schrift ohne Kenntnis der andern kaum verständlich wird. Gleichgültig nun, ob man die Schlußfolgerungen, die Albrecht aus seiner Funktionsprüfung zieht, immer billigen kann oder ob man in eigenen Untersuchungen zu denselben Ergebnissen gelangt oder nicht — ich selbst habe sie in zahlreichen Fällen nicht bestätigen können —, die Arbeiten Albrechts stehen auf so steiler Höhe, verlangen, um die Resultate der Methode zu verstehen, eine derartige Vertiefung in die nicht gerade leichte Materie, eine solche Hingabe an Zeit und Mühe, daß aus diesem Grunde die Anwendung dieser Funktionsprüfung des Herzens für den Praktiker im allgemeinen nicht in Betracht kommen kann.

Es schien mir daher angezeigt, gerade für die praktischen Bedürfnisse eine Methode auszuarbeiten, die einfacher ist und, wie ich glauben möchte, doch zum Ziele führt. Sie beruht auf folgenden physiologischen Grundlagen: Wir wissen, daß normalerweise der erste Ton über der Aorta leiser ist als der zweite, der sogenannte Klappenton, daß aber ferner der zweite Aortenton immer lauter sein muß als der zweite Pulmonalton, da der Druck im arteriellen System um etwa ⅓ höher ist als im pulmonalen. Der zweite Aortenton gilt gleichzeitig als Ausdruck der Spannung im Gefäßsystem und der motorischen Leistung des Herzens. Wie schon oben erwähnt, dürfen wir von einem gesunden Herzen verlangen, daß es auch erhöhten Ansprüchen genügt. Lassen wir jetzt den zu Untersuchenden 15—20 Kniebeugen ausführen, so gelangt infolge der vertieften Respiration und der Konstriktion im Splanchnikusgebiet erheblich mehr Blut nach dem rechten Herzen und von da über den Weg durch die Lungen nach dem linken. Ein

gesundes Herz verträgt, wie schon erwähnt, diese Mehrleistung vermöge seiner Akkomodationsfähigkeit ohne weiteres. Es bleibt somit nach der ausgeführten körperlichen Arbeit bei gut erhaltenen Vasomotoren der zweite Aortenton lauter als der zweite Pulmonalton. Ist dagegen der rechte Ventrikel zwar intakt, der linke dagegen insuffizient, so wird er, zumal auch während der Arbeit der Blutdruck gestiegen ist, seinen Inhalt nicht mehr ganz austreiben können, und es muß daher mehr Residualblut als sonst in der linken Kammer zurückbleiben. Infolgedessen kann auch das linke Atrium nicht mehr seinen Inhalt in den linken Ventrikel ergießen, und ebenso wenig können dann die Lungenkapillaren ihr Blut in das linke Atrium entleeren. So muß eine Stauung im Pulmonalsystem die Folge sein. Gegen diesen erhöhten Druck versucht jetzt die rechte Kammer, so lange sie noch intakt ist, anzukämpfen; es wird daher der zweite Pulmonalton verstärkt erscheinen. Da aber wegen der mangelhaften Entleerung der linken Kammer der Druck in der Aorta sinkt, so wird der zweite Aortenton jetzt leiser werden. Somit besitzen wir in dieser Verschiebung der Akzentuation der zweiten Töne über den großen Gefäßen ein untrügliches diagnostisches Zeichen für die Insuffizienz der linken Kammer. Wird aber auch der rechte Ventrikel insuffizient, kann er also nicht mehr die ihm reichlicher zuströmenden Blutmengen in die Pulmonalis werfen, haben wir also einen Tonusverlust beider Kammern vor uns, so sinkt natürlich auch die Akzentuation des zweiten Pulmonaltons.

Es kann aber ferner aus verschiedenen Gründen noch eine andere Umwertung der beiden Töne an der Aorta selbst zutage treten. Wie schon oben erwähnt, ist normalerweise der erste Aortenton als fortgeleiteter Herzmuskelton leiser als der zweite. Finden wir nun nach körperlicher Anstrengung eine besondere Betonung gerade des ersten Tons und ein Nachlassen der Akzentuation des zweiten Tons, so daß er oft kaum hörbar wird, so müssen wir hieraus schließen, daß eine Entspannung im Gefäßsystem eingetreten ist, wahrscheinlich durch Reizung des Nervus depressor, der, wie wir wissen, der einzige zentripetale Gefäßnerv ist und dessen Reizung eine Senkung des Blutdrucks zur Folge hat. Wir können somit diese Blutdrucksenkung als regulatorischen Vorgang auffassen, um dem Herzen die Austreibung des Blutes zu gestatten. Da aber nicht nur der zweite Aortenton schwächer, sondern, worauf es hier besonders ankommt, speziell der erste Ton erheblich lauter wird, so müssen wir in diesem Vorgang einen besonderen Effekt einer Sympathikusreizung erkennen. Haben wir auch gerade in diesem Falle nicht das Recht, von einer eigentlichen Myokardschwäche zu sprechen, sondern nur von einer erhöhten Erregbarkeit des Herzens, da mich eine reichliche Erfahrung gelehrt hat, daß eine besonders starke Akzentuation des ersten Tones auch schon an der Herzspitze nur bei hoher Frequenz und gesteigerter Erregbarkeit des Herzens vorkommt, so liegt doch der Gedanke nahe, in diesem Falle gerade wegen des notwendig gewordenen regulatorischen Eingreifens des Nervus depressor eine gewisse Beschränkung in der gesamten Funktionsbreite des Herzens anzunehmen. Besonders hohen Ansprüchen wird ein derartiges Herz nicht genügen können, da die hierbei stark gesteigerte Frequenz einer vollen Ausnützung der Funktion im Wege steht.

Einschränkend für diese eben beschriebene Art der Funktionsprüfung des Herzens muß ich jedoch hervorheben, daß sie sich vorzugsweise für die Untersuchung jüngerer Leute bis zu einem Alter von etwa 40 Jahren eignet, da unter dem Einfluß einer in späteren Jahren auftretenden Veränderung in der Elastizität der Aorta die Bedingungen für die Bildung und Akzentuation des zweiten Aortentons abnorme geworden sind.

II. Referate.

Innere Medizin.

Dr. **O. Moog** und **Else Wörner** (Frankfurt a. M.): **Ueber Trichocephalus dispar bei Nichtkriegsteilnehmern.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 5.)

Die Autoren konnten gegenüber einer durchschnittlichen Zahl von 46 Proz. bei Kriegsteilnehmern bei 33 Proz. von Nichtkriegsteilnehmern in den Ausleerungen Eier von Trichocephalus dispar nachweisen. Krankheitserscheinungen als Folge des Parasiten waren bei den untersuchten Zivilpersonen nicht nachzuweisen. Die Zahl der Eier im Stuhlpräparat war bei den 200 Heimatangehörigen im Vergleich zu dem massenhaften Vorkommen derselben in den Fäces von Soldaten sehr gering. Eine Vermehrung der eosinophilen Blutzellen wurde bei 5 unter 66 Parasitenträgern gefunden. Sie ist also kein konstantes Symptom.

Dr. **Heise** (Berlin): **Ueber einige ältere und neuere Mittel zur Behandlung der harnsauren Diathese und ihrer Folgeerscheinungen.** (Mod. Mediz. 1920, Nr. 3.)

Nach einer eingehenden Uebersicht über das Wesen der harnsauren Diathese und die verschiedenen Wege zu deren Bekämpfung kommt Verf. zu dem Schluß, daß unter den Mitteln gegen Gicht und harnsaure Diathese das „Uricedin-Stroschein" besondere Beachtung verdient. Durch die Darreichung kohlensaurer und gewisser pflanzensaurer Alkalien und alkalischer Mineralwässer sucht man eine Erhöhung der Harnsäurelöslichkeit zu erreichen; während man die Alkaleszenz des Blutes nur wenig beeinflussen konnte, läßt sich eine ausgesprochene Wirkung auf den Harn erzielen. Ein alkalisch reagierender Harn löst die Harnsäure weitaus besser als ein sauer reagierender. Uricedin-Stroschein erhöht die Löslichkeit der Harnsäure ganz bedeutend. Es besteht vorwiegend aus organischen Alkalisalzen der Zitronensäure und Weinsäure und aus anorganischen Salzen, wie Natriumsulfat, neben den Extraktstoffen der Zitronenfrucht. Eine Nebenwirkung unangenehmer Art übt Uricedin nicht aus. Die mildabführende Wirkung der fruchtsauren Alkalien unterstützt die Kur durch Anregung des Gesamtstoffwechsels. Die günstige Wirkung des Uricedins in den verschiedenen Stadien der Gicht hat sich durch langjährige Erfahrung bestätigen lassen. Hh.

Chirurgie.

Dr. **C. Kaestle** (München): **Heilwirkungen der Luftfüllung der Bauchhöhle.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Die Luftfüllung des Abdomens, die Schaffung eines „Pneumoabdomen", nach Art des Pneumothorax, ist für die Diagnostik von besonderer Bedeutung. Aber auch für die Therapie läßt sich aus diesem Verfahren mancherlei Vorteil gewinnen. Verf. berichtet über die vorzügliche Beeinflussung einiger Fälle von Gallenblasenstauung und -entzündung durch Lufteinblasung in das Abdomen. Hierbei können Umlagerungen im Abdominalraum, Aenderungen der Druckverhältnisse und möglicherweise auch die Lösung von Adhäsionen als wirksames Moment in Frage kommen. Ebenso hat sich das Verfahren bei Abdominaltuberkulose sehr gut bewährt. Daß die Technik eine peinliche Sorgfalt erfordert, ist selbstverständlich. Hh.

Prof. Dr. **R. Jolly** (Berlin): **Appendizitis und weibliche Genitalorgane.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 20.)

Wenn auch beim Weibe der Wurmfortsatz öfter in das kleine Becken hineinragt als beim Manne und die Nachbarschaft der inneren Genitalien ihm manche Gefahr bringen könnte, kommt die Appendizitis beim Weibe nicht häufiger vor als beim Manne. Daß beim Manne mehr die akuten Formen der Appendizitis vorherrschen, beim Weibe dagegen die chronischen, erklärt Verf. damit, daß das weibliche Peritoneum, welches in ganz anderer Weise mit Insulten von seiten der Genitalorgane fertig werden muß, eine größere Widerstandskraft besitzen muß. Beim Weibe kann die Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und Adnexerkrankungen mitunter nicht leicht sein. In der Schwangerschaft kann sie durch Verwachsungen an die hintere Uteruswand recht unangenehm werden. Die Behandlung der Appendizitis während der Schwangerschaft erfolgt nach denselben Grundsätzen wie sonst: Wo keine Gefahr vorliegt, wartet man ab; sonst operiert man möglichst bald. rs.

Prof. Dr. **W. Keppler** (Essen) und Dr. **W. Hofmann** (Frankfurt a. M.): **Ueber Erfahrungen mit Vucin und dessen Anwendung bei der Behandlung eitriger Prozesse.** (Arch. für klin. Chirurg., Bd. 114, Heft 4.)

Verf. haben in der Berliner Chirurg. Universitätsklinik (GR. Bier) Versuche mit Vucin angestellt und kommen zu dem Schluß, daß sichtbare Erfolge bis jetzt nur bei geschlossenen Eiterungen erzielt werden, während die diffusen fortschreitenden Phlegmonen der Beeinflussung schwerer zugänglich sind. Auch große Karbunkel kommen durch Umspritzung mit Vucin zum Stillstand, und zwar umspritzt man 30—40 ccm Vucinlösung (am besten 1:500) an 4 Stellen. Abszesse können durch Einspritzungen von Vucin zur Heilung gebracht werden, auch Fälle von umschlossener abszedierender Mastitis, während die fortschreitenden Formen sich nicht zur Vucinbehandlung eignen. Ebenso eignen sich die geschlossenen Formen von Pleuraempyem und von Gelenkeiterungen im Anfangsstadium zur Vucininjektionsbehandlung. Die Eiterherde werden am besten punktiert, mit einer Vucinlösung 1:1000 gefüllt und mit Mastisolverband verschlossen. Ev. erfolgt nach 2—3 Tagen eine Wiederholung der Behandlung. Am besten macht man sich eine alkoholische Stammlösung von 1:10 zurecht und verdünnt diese mit sterilem Wasser nach Bedarf; dabei ist aber jede Berührung auch nur mit Spuren von Alkalien strengstens zu vermeiden. rs.

Orthopädie.

Sanitätsrat Dr. **Richard Wohlauer** (Berlin): **Ueber die Behandlung der Distorsionen.** (Therapeutische Halbmonatshefte 1920, Nr. 6.)

An dem reichen Material der orthopädischen Abteilung

der chirurgischen Poliklinik der Charité in den Jahren 1918/19 stellte Verf. als die hauptsächlichste Ursache von Distorsionen Umknicken und Ausrutschen fest. Am häufigsten wird das Fußgelenk beim Umknicken betroffen, dann das Handgelenk durch Fall auf die gestreckte oder gebeugte Hand und das Kniegelenk. Das erste Symptom ist der Schmerz, dann stellt sich der Bluterguß ein. Die Prognose ist im allgemeinen gut, kann aber durch hämatogene Infektion verschlimmert werden. Im allgemeinen halten die Schmerzen höchstens 4 Wochen vor, können allerdings sich auch über ein Jahr ausdehnen. In der Behandlung kommt es darauf an, ob das Gelenk ruhig gestellt worden soll oder nicht. Die Blutergüsse werden am besten zur Resorption gebracht durch Massage, Hyperämiebehandlung, aktive und passive Gymnastik. In schwersten Fällen kommt das Brisement forcé in Frage, bei größeren Komplikationen gelegentlich auch ein operativer Eingriff. Hh.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Dr. **Fritz Rörig** (Wildungen): **Fremdkörper und Steine in den Harnorganen.** (Ztschr. für urolog. Chirurgie, Band 4, Heft 6.)

Verf. berichtet über einen großen Nierenstein, der niemals auf der kranken, sondern stets auf der gesunden Seite Schmerzen verursachte, ein Grund mehr dafür, bei Nierensteinen beide Nieren einer Röntgendurchleuchtung zu unterziehen. Von Interesse dürfte auch sein, daß der Patient bis zu seinem 14. Lebensjahre an Bettnässen litt und daß das Leiden nach dem Abgang von Nierensteinchen aufhörte. rs.

Dr. **W. Patzschke** (Hamburg-Eppendorf): **Sirupus Neosalvarsani.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 7.)

Bei der örtlichen Anwendung des Neosalvarsans empfiehlt P. das Mittel in sirupöser Lösung zu geben, da nach seinen Versuchen die reduzierende Kraft starker Zuckerlösungen die Oxydation des Neosalvarsans verhindert. P. verordnet Neosalvarsan 0,3, Sirup. simpl. ad 30. Zur Anwendung gelangt dieser Neosalvarsansirup 1. beim ulzerierten Primäreffekt, indem ein damit getränkter Gazestreifen 2 mal täglich in den Sulcus coronarius eingelegt wird. 2. bei allen syphilitischen sekundären Erscheinungen (Papeln, Plaques und Kondylomen an den Genitalien), syphilitischen Erkrankungen der Mund- und Rachenschleimhaut (Pinselung). 3. bei allen Spirillenerkrankungen, die auf Salvarsan reagieren, z. B. der Plaut-Vincent'schen Angina, Noma, Zahnfleischerkrankungen.

Strahlenbehandlung.

Dr. **Kurt Huldschinsky** (Berlin): **Die Behandlung der Rachitis durch Ultraviolettbestrahlung.** Dargestellt in 24 Fällen. (Ztschr. f. orthop. Chirurgie, Band 39, Heft 4.)

Verf. kommt auf Grund eingehender Untersuchungen und Beobachtungen an 24 Fällen zu dem Ergebnis, daß es keinem Zweifel unterliegen kann, daß die Bestrahlung mit ultraviolettem Licht eine spezifische Therapie der Rachitis darstellt. Er konnte nach 2 monatlicher Bestrahlung mit ultraviolettem Licht (künstliche Höhensonne) sämtliche von ihm behandelte Rachitiker zur Heilung bringen. Wieweit die rachitische Skoliose durch Ultraviolett-Behandlung beeinflußt werden kann, ist noch nicht abschließend festgestellt. Hh.

Dr. **Gustav Loose** (Bremen): **Die Kristallfilterung des Röntgenlichtes und ihre Vorzüge für die Tiefentherapie.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 26.)

Nach den Untersuchungen und Erfahrungen des Verf. sind die Erfolge der Röntgentiefentherapie abhängig von der Leistung des Hochspannungsapparates, von der Belastungsmöglichkeit der Röntgenröhre und von der Kunst, die erzeugte Strahlung ohne Schaden dem Krankheitsherde zuzuführen. Schädliche Teile des Röntgenlichtes sind durch Filter fernzuhalten; als solche eignen sich am besten Platten die sich aus Schichten von Metallsalzkristallen zusammensetzen. Hh.

Balneologie.

Prof. Dr. **E. Wiedemann,** Prof. Dr. **E. Seidel** (Meißen) und Privatdozent Dr. **O. Rescher** (Breslau): **Zur Geschichte des Bades und des Badens bei den Orientalen.** Ztschr. f. phys. und diät. Therap. 1920, Nr. 6.)

In einer ausführlichen historischen Beschreibung mit ausgezeichneter Quellenforschung geben Verf. einen schönen, höchst interessanten Einblick in dieses für die Hygiene sowie für die Kulturgeschichte gleich interessante Gebiet. Durch ein Referat kann man dem sehr lesenswerten Original auch nur annähernd nicht gerecht werden. Hh.

Die Glashäger Mineralquellen sind in letzter Zeit wiederholt Gegenstand eingehender Untersuchungen gewesen. Es handelt sich bei diesen Quellen um natürliche Mineralbrunnen mit einem außerordentlich hohen Gehalt an Kieselsäure. Nachdem die Kieselsäure in der Volksmedizin bereits seit längerer Zeit eine hervorragende Rolle spielt und in der wissenschaftlichen Medizin in Vergessenheit geraten war, haben Prof. R. Kobert (Rostock) und Prof. H. Schulz (Greifswald) ihren therapeutischen Wert nachdrücklich betont. Kobert empfiehlt die Kieselsäure, namentlich in der Form des natürlichen Glashäger Mineralbrunnens besonders bei Tuberkulose, wo sie das Bindegewebe der Lunge kräftigt und der Zerfallsphthise entgegenarbeitet, indem sie die Bildung haltbarer fibröser Narben herbeiführt. Die Angaben älterer Autoren über die Giftigkeit der Kieselsäure haben sich nicht aufrecht erhalten lassen. Im Anschluß an die Forschungen von Kobert und Schulz hat Dr. Helwig (Swinemünde) auf Veranlassung der rührigen Zentralstelle für Balneologie eingehende Untersuchungen über die Phagozytose bei Anwendung von kieselsäurehaltigen Lösungen angestellt und sich dazu der Glashäger Mineralquelle bedient. Er fand eine Zunahme der Zahl der Leukozyten und eine Kernreifung derselben, also eine Verbesserung der Schutzzellen des Organismus, und auch sonst eine Zunahme der körperlichen Schutzstoffe. Dr. Zickgraf (Großhansdorf) und Dr. Ladenberg (St. Andreasberg) fanden bei der Lungentuberkulose unter dem Einfluß der Glashäger Mineralquelle eine wesentliche Verbesserung des Blutbildes. Prof. Roessle und Dr. Kahle wiesen eine Verbesserung der Vernarbung unter dem Einfluß der Glashäger Mineralquelle nach, die auf ihren reichen Gehalt an Kieselsäure zurückzuführen ist. Hh.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 14. VI. 20.

Eigenbericht der Allg. med. Central-Ztg.

Vorsitz: Herr Finkelstein.

Tagesordnung:

Ueber gehäufte Fälle von Nitrobenzol(?)-Vergiftung bei Kindern.

Herr **Ewer:** Im Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause erkrankten 5 Säuglinge plötzlich gleichzeitig; sie waren teils mit Ammen-, teils mit Eiweiß-Milch ernährt worden. Die Nachtwache bemerkte bläuliche Färbung der Gesichtshaut. Sonst waren die Kinder gesund. Am Morgen war die Haut blaugrau im Gesicht, es bestanden leichte Unregelmäßigkeit des Pulses, beschleunigte Atmung, kurzdauernde Zuckungen der Extremitäten; schwerer waren zwei Kinder von der Hautstation erkrankt: Erbrechen und klonische Zuckungen des linken Armes, schwacher Puls und flache Atmung gesellten sich hinzu. Günstigen Einfluß hatten Aderlässe und Kochsalzinfusionen. Das Blut war dunkel, schokoladenfarben und gerann sofort. Es wurde an Vergiftung gedacht. Die Haut war an den Fersen zweier Kinder auffallend schwarz gefärbt, die Flecke durch Waschen mit Seife nicht zu entfernen. Nun hatten die Säuglinge abends und zum Teil nochmals in der Nacht frisch gewaschene Zwischentücher erhalten; sie wiesen frische Stempel auf. Die Stempelfarbe konnte durch die Haut aufgenommen sein. Die Farbe zeigte bittermandelölartigen Geruch und enthielt Nitrobenzol (Mirbanöl). Das Blut zeigte keine typischen Absorptionsstreifen. Der Urin war frei. Im Blute war fast nichts Bemerkenswertes. Die drei ersten Säuglinge erholten sich nach warmen Bädern und Wäschewechsel sehr bald; auch die beiden hautkranken Kinder am nächsten Tage. Die Blaufärbung beruht auf Methämoglobin-Bildung; der Nachweis der letzteren versagt leider oft. Poikilozytose, Körnung der roten Zellen (Ehrlich) wurde nur zweimal gesehen; kernhaltige Regenerationserscheinungen sind häufig. Die O-Aufnahme und CO_2-Abgabe wird erheblich durch die Vergiftung gestört. Sektionsbefunde ergaben starke Blutüberfüllung und Blutaustritte aller Organe, Degeneration der großen Drüsen, des Gehirns und der Ganglien, entzündliche Reizung der Luftwege und des Magendarmkanals sowie Cyanose neben Blässe der Haut. Es wurden durch die Berührung mit der nitrobenzolhaltigen Farbe offenbar geringe Mengen aufgenommen; vielleicht handelt es sich um primäre Schäden des Zentralnervensystems. Hier lagen keine Schädigungen der Nieren und Hämoglobins vor. Durch Kochen und Waschen der Tücher nach der Stempelung ist eine Vergiftung leicht zu verhüten. Bisher wurde nur ein Fall von Vergiftung nach Abreiben eines Heftpflasters mit Benzin beschrieben. Häufiger kamen Vergiftungen im Spielkindesalter nach Einreibung eines benzinhaltigen Läusemittels vor. Mirbanöl kommt ferner als Ersatz der harmloseren Bittermandelölessenz als Zusatz zu Seifen und Schokolade in Betracht. Nach Koelsch erfolgt die Aufnahme durch die Haut, die Lungen und die Magenschleimhaut als fettlösliche Verbindungen. Gerade bei der Aufnahme durch die Haut sind viel geringere Giftmengen nötig als sonst, zumal bei Hautleiden. Die Toleranz ist sehr groß. Todesfällen nach Aufnahme von 1,0 stehen solche Fälle gegenüber, die 35,0 aufgenommen hatten, ohne dauernden Schaden zu nehmen. Alkohol begünstigt die Löslichkeit.

Referat über die infektiösen Darmerkrankungen im Kindesalter.

Herr **R. Hamburger:** Die Bakteriologie überschätzte zuerst die Bedeutung der Mikroben für die Pathogenese; durch den Ausbau der Immunitätslehre und der Mikropathologie förderte sie aber das Verständnis der Lebensvorgänge des Organismus. Besonders wichtig ist die Frage der Wirkung der Bakterien auf die Lebensfunktionen beim Säugling; sein Gedeihen ist abhängig von der Ernährung, diese wieder von den Vorgängen im Verdauungskanal. So z. B. verändert sich die Bakterienflora des Darmes bei Uebergang von Frauenmilch zur künstlichen Ernährung und umgekehrt mit der Schärfe eines Experiments. Einer solchen Verschiebung des Bakterienbildes im Darmkanal haben wir nichts an die Seite zu stellen. Aber die Duodenalsondierung nach Heß gestattet vielleicht, beim Kinde dieser Frage auch nach anderer Hinsicht chemisch und bakteriologisch näher zu gehen. Escherich und Moro haben den Dünndarm des Säuglings studiert; im oberen Abschnitt ist der Dünndarm frei; aber auch der Magen kann im Erkrankungsfall von Kolibakterien besiedelt werden. Es kann in schweren Fällen zu endogener Darmwand - Resorption kommen. Die Magenverdauung hängt bekanntlich von der Menge, Verweildauer und Häufigkeit der Ernährung sowie von der Azidität ab; aus motorischen und sekretorischen Kräften ergibt sich die normale Funktion der oberen Darmabschnitte. Die klinische Beobachtung zeigt nun neben Ruhr und Typhus Erscheinungen, von denen man nicht weiß, ob sie infektiös sind oder nicht. Der Beweis liegt in der Infektiosität; aber endo- und exogene Infektion deckt sich in vielen Fällen. Die Symbiose zwischen Mikro- und Makroorganismus führt infolge von Aenderung des Verhältnisses der beiden Kontrahenten zum Kampf. Es kann zur Revolution sonst friedlicher und nützlicher Bürger oder Einbruch fremder Feinde kommen. Die Resistenz ist nicht Immunität, sondern das normale Verhältnis zwischen Parasiten (Saprophyten) und Körperzellen. Hiervon sind die Vorgänge im Dünndarm abhängig; hier ist der Schauplatz für die Kämpfe und ihre Entscheidung; hier sind die Funktionen der Aufsaugung der wichtigen Nahrungsteile und der Ausscheidung der Körperschlacken in unvermindertem Umfange zu verteidigen. Salzsäure hat eine desinfizierende Kraft; selbst geringe Anlässe wie Ueberfütterung, zu häufige Nahrung u. a. können sowohl Mobilitätsstörungen wie Verminderung der freien HCl bewirken. So kommt es zu abnormem Ablaufe der Verdauung; bei der Infektion kommt es zur Unterbrechung der Resistenz. Scheer fand Besiedlung der Magenwand mit Bakterien bei Aenderung der Säureverhältnisse. So kann es zur endogenen Koli-Infektion kommen. Veränderung der Außentemperatur, Fieber und Hautstörungen können den Mechanismus der Verdauung stören; das gleiche gilt von Nasen- und Rachenraum-Infektionen; Pankeras und Gallensaft können die 10 000 fache Menge letalen Tetanusgiftes paralysieren. Darmmikroben und Darmschleimhaut als solche können das Gift nicht zerstören. (Carrière.) Aber damit ist der komplizierte Vorgang der Krankheit nicht erfaßt. Wie wirken überhaupt die angedeuteten Vorgänge auf den Darm? Den Darmzellen haftet eine typische histogene Resistenz an. Die bedeutungsvolle Frage, ob durch Ernährungsstörung eine Durchlässigkeit der Zelle bewirkt wird, ist noch zu besprechen. Durchlässigkeit der Darmwand besteht für Zucker und Eiweißlösungen bei darmkranken Kindern, bei Ernährungsstörungen. (Moro.) Die funktionellen Lesionen der Darmzellen brauchen sonst nicht gekennzeichnet zu sein. Auf Misch-Infektionen des Darms ist besonders zu achten. An der Tatsache des Bakterienzerfalls an Orten erheblicher Bakterienwucherung mit konsekutiver Toxinbildung ist nicht zu zweifeln. Der Bakterienzerfall an diesen Stellen ist ein Ausdruck besonderer Schädigung. Besonders giftig ist das Koli-Toxin wie auch andere Eiweiß-Derivate. Auch das Fieber ist ja die Folge einer parenteralen Einverleibung von Eiweiß. Auch sonstige Fiebererreger sind nur Eiweiß-Derivate der Bakterien. Nach Finkelstein haben enterale wie parenterale Infekte gleich hohe Bedeutung. Leukozytose ist ein pathognostisches Merkmal.

Auch die Therapie des Hungernlassens ist noch anders zu deuten; dabei ist eine Anbahnung normaler Sterilität des Dünndarms möglich; die abnorme Resorption, die Gährung, Besiedelung mit Bakterien und die motorischen Störungen werden vermieden; denn sie erleiden eine Unterbrechung durch die Nahrungsenthaltung.

Mit dem Polyvalenten Serum Colin sah Vortr. gute Erfolge. Tetzner fand, daß mit Colin eine positive Reaktion nur solche Kinder geben, die auch auf Tuberkulin reagieren. Auch die Ruhr kann als Toxikose verlaufen. Das ist gerade für den Säugling charakteristisch. Nach Mauthner sind Bakterien bei der Entstehung gewisser parenteral wirkender Eiweißkörper (Histamin und Histoidin) beteiligt; sie verhalten sich ähnlich dem Anaphylatoxin, wie er in einer Arbeit über Chlor-Gifte feststellte. Ein wässeriger Lungenextrakt bewirkt beim Kaninchen enorme Peristaltik; auch Milzextrakt wirkt wie ein Hormonal.

Auch Strepto- und Pneumokokken- sowie Proteus- und Pyozyaneus-Invasionen des Darmes sind beschrieben, kamen aber im Kinderkrankenhause nicht zur Beobachtung. Das wichtigste bleibt die Ruhr. Die Uebertragung der Koli-Infektion ist hier gegeben. Doch ist es unwahrscheinlich, daß die Bakterien beim Schluckakt in den Darm gelangen. Wichtiger ist die Resorption der durch Zerfall und andere Veränderungen freiwerdenden Ruhrgifte. Durch das Blut gelangt das Gift in die Schleimhaut des Dickdarms; so entsteht die Ruhr-Veränderung der letzteren; nur sekundär siedeln sich auf den nekrotischen Schleimhautstellen Ruhrbazillen an. Dafür spricht der Tierversuch. Nur selten kann man aus dem Geschwür Ruhrbazillen züchten. Klinisch spricht dafür auch die Beobachtung, daß die Infektion meist schon darmlabile, künstlich genährte Kinder befällt. Flaschenkinder und chronisch darmgestörte Säuglinge sind also erhöht gefährdet. Auch dem endogenen Wesen der Infektion muß bei der Ruhr Rechnung getragen werden. Dann trägt eben das Kind endogen die Bazillen als Saprophyten mit sich. Gesunde Bazillenträger gibt es, wenn das auch bei Kindern bisher nicht zu ermitteln war. Ueber andere Bazillen fehlen dem Vortr. die Erfahrungen. Unter den Hausinfektionen der Kinderheime usw. fallen immer die schon Geschwächten der Infektion zum Opfer.

Neben primärer Resorption vom Dünndarm aus können auch große Mengen Bakterien den Dickdarm passieren. Entscheidend ist aber die Toxinämie, die aus dem Dünndarm, später auch aus dem Dickdarm ihren Ausgang nehmen kann. Die Gelegenheit zur Aufnahme von Ruhrkeimen muß sehr verbreitet, die Bazillen ubiquitär sein; es kommt aber beim Kinde nur bei Schwächung der Resistenz des Darmes zur Ruhrerkrankung. Es ist immer eine echte Toxikose; es ist also wie beim Tetanus möglich, daß selbst nach Zugrundegehen der Bakterien das Gift noch stark wirkt. Dafür spricht der oft mißlungene Bakteriennachweis. Auch quantitative Verhältnisse der Bakterien spielen eine Rolle. Gerade die leichten Fälle sind von Bedeutung. Denn trotz des abortiven Ablaufs der Erkrankung können solche Kinder doch infektiös sein; größere Erscheinungen macht die Ruhr meist erst nach dem 1. Lebensjahr. Der Säuglingsstuhl kann hier die Erwachsenen anstecken. Die Haupt-Ruhr-Monate sind ja auch die Fliegenmonate. Die Hitze befördert die Zersetzung der Nahrung und damit die Dyspepsie; bei eitrigen und blutigen Stühlen ist immer an Ruhr zu denken. Zur Diagnostik ist aber der frische Stuhl sofort zu verarbeiten; mehrstündiger Zeitverlust schädigt, namentlich wenn das Material nicht auf Eis gehalten wurde, die Ruhrbazillen, weil Fäulnis und Gährung sie vernichten und eine sekundäre Flora zustande kommt. Nach 10—14 tägiger Krankheit treten Ruhr-Agglutinine am Blute auf. Der Titer ist nicht groß. Unter einem Vierteljahr sind sie schwach vertreten. Schon beim Abklingen der schwersten Symptome wird der Nachweis der Bakterien schwerer. Man muß intensiv suchen. Sonst überwiegen die negativen Ergebnisse. Die Ruhr ist nicht erst durch den Krieg eine Säuglingskrankheit geworden; früher war sie schon in Irrenhäusern, auf Truppenübungsplätzen, auch in Kinderkrankenhäusern bekannt; sie galt aber nicht als Ruhr. Ob die schleimigen Stühle, die man im Verlauf von Typhus und Masern antrifft, von Ruhr herrühren, ist noch nicht entschieden; allerdings sind die Bazillen ubikutär. Ueber Paratyphus, den Warschauer bei Kindern beschrieben hat, fehlen dem Vortr. eigene Erfahrungen. Mode.

IV. Bücherschau.

Prof. Dr. **Friedrich v. Müller** (München): **Konstitution und Individualität** (Rektoratsantrittsrede); München 1920, J. Lindauersche Universitätsbuchhandlung. — 16 S., Preis 1,20 M.

Ein scharfer Geist und gelehrter Forscher gibt in seiner Rektoratsantrittsrede einen feindurchdachten Beitrag zur Kritik unserer so bedeutenden Zeit. Er sieht in der sozialen Umwälzung, die sich gegenwärtig vollzieht, nicht nur einen Kampf um die Macht zwischen den bestehenden Bevölkerungsschichten, sondern vielmehr einen Kampf um die Weltanschauung. Obgleich die Wissenschaft mit der Politik des Tages nichts zu tun haben soll, so haben doch die Wellen der Revolution auch vor der Universität nicht Halt gemacht. Die deutsche Wissenschaft muß sich den Vorwurf gefallen lassen, daß sie sich in den letzten 50 Jahren zu sehr auf das Reale eingestellt und darüber die Zusammenfassung, das Ganze, vernachlässigt hat. An dem Begriff der Konstitution beweist Verf. die Berechtigung dieses Vorwurfes, der sich in der Medizin besonders geltend machte durch Rudolf Virchows Lehre von der einzelnen Zelle als dem Sitz der Krankheit, worüber die Uebersicht über das ganze Organ in den Hintergrund geriet. Das heutige Studium über die Konstitution

beweist, daß man in der Forschung neue und richtige Wege geht. Daneben ist es notwendig, auf das Individuum, auf die Persönlichkeit, einzugehen. Mit Freude stellt Verf. fest, daß der frische Geist der Arbeit, der dem Volke verloren gegangen war, zuerst wieder in den Hallen der Universtiät aufgelebt ist, und fordert mit markigen Worten die Jugend auf, sich ihrer vaterländischen Pflicht bewußt zu sein. „Der Jugend aber und allen denen, die jungen Herzens geblieben sind, ihnen gehört die Hoffnung und ihnen die erlösende Tat." Hh.

Geh. San.-Rat Dr. **Hugo Bach** (Elster): **Anleitung und Indikationen für Bestrahlungen mit der Quarzlampe „Künstliche Höhensonne".** Mit 18 Abbildungen im Text. Sechste Auflage. — Leipzig und Würzburg, Verlag von Curt Kabitzsch, 1920. — Preis 9,60 M.

Die außerordentlich schnelle Einführung der Quarzlampenbehandlung in die ärztliche Praxis erfordert es, daß jeder Arzt, auch wenn er sich mit der Licht- und Strahlenbehandlung nicht spezialistisch befaßt, dem Gegenstand eine aufmerksame Beachtung widmen muß. Die schnelle Aufeinanderfolge der einzelnen Auflagen des vorliegenden Buches spricht für dessen Beliebtheit. Durchaus anerkennenswert ist die Kürze der Darstellung, wenn auch hier und dort der Stil etwas zu lapidar ist; aber es fehlt ja auch nicht an anderweitigen ausführlicheren Beschreibungen und Darstellungen der Quarzlampentherapie. In letzter Zeit haben sich die Tadel gemehrt, daß die Heilanzeigen der Quarzlampenbehandlung eine nicht ausreichende kritische Sichtung aufweisen. Das wäre ja bei einem verhältnismäßig so neuen Heilmittel schon erklärlich. Auch in der vorliegenden neuen Auflage sind die Indikationen etwas reichlich angegeben; das Uebermaß könnte der guten Sache nur leicht schädlich werden. An Stelle eigener Ausführungen verweise ich auf die in Nr. 26 dieser Zeitschrift erschienene Abhandlung von Dr. A. Laqueur „Grenzen der Leistungsfähigkeit der künstlichen Höhensonne". Es wäre zu wünschen, wenn die schon längst in Aussicht genommene starke Bearbeitung insbesondere des zweiten Teiles mit der nächsten Auflage zur Ausführung kommt und dann der erwünschte scharfe Maßstab angelegt wird. Ein Heilmittel, das sich so schnell eingeführt hat, sollte den scharfen Maßstab gut vertragen können und von ihm manchen Nutzen erfahren. Die Bezeichnung „Künstliche Höhensonne", die namentlich von Fritz Schanz-Dresden auf Grund seiner Untersuchungen über die Zusammensetzung des Quarzlampenlichtes im Vergleich zu der Höhensonnenstrahlung beanstandet wird, sucht Verf. aufrecht zu halten. Die Differenz in den Auffassungen dürfte wohl darin begründet sein, daß Bach mehr die therapeutische Seite der Höhensonnenstrahlen ins Auge faßt, Schanz dagegen die physikalischen Eigenschaften. Auf diesem Gebiet wäre eine Klärung durchaus zu wünschen, um auch nur den Verdacht einer Irreführung der Meinung nicht aufkommen zu lassen. Das Literaturverzeichnis ist wohl als lückenlos zu bezeichnen. Trotz aller Kürze der Darstellung wäre schon aus historischen Gründen zu wünschen, daß der Verf. auch im Text der bahnbrechenden Bedeutung von Nagelschmidt mehr gerecht wird, über den man in einem Werke über Quarzlichtbehandlung nicht hinweggleiten sollte.

Immerhin verdient das Bach'sche Buch die größte Beachtung aller Strahlentherapeuten und auch der ärztlichen Praktiker, besonders wenn die nächste Auflage die letzten Schlacken aus dem brauchbaren Buche entfernt. Hirsch.

Druckfehlerberichtigung. In der Besprechung des Buches: Die Nervosität usw., Nr. 28, S. 137, Sp. 2, Zeile 5 von unten muß es „Individuum" statt „Indiorduum" heißen.

V. Technische Fortschritte.

Glykykol. Die bisherigen Umschlagmittel, Breiumschläge, Kataplasmen usw., waren hinsichtlich der Sauberkeit bei ihrer Verwendung und vor allem ihrer Wärmehaltefähigkeit unzulänglich und wurden auch während des Krieges recht kostspielig. Es galt nun, einen Umschlag zu finden, der sich der Haut vollständig anschmiegen mußte, ohne sie zu reizen, und als Dauerumschlag viele Stunden liegen bleiben konnte, ohne in namhafter Menge Wärme zu verlieren. Außerdem sollte er Hyperämie erzeugen und hygroskopische und antiseptische Eigenschaften aufweisen.

Diesen Anforderungen entspricht das Glykykol, eine Aluminium-Silikat-Paste, die in diese Grundmasse eingebettet antiphlogistische Arzneimittel enthält (Borsalyl, Ac. sal., Kal. tetrabor., Ac. thymic., Ol. aether.). Das Anwendungsgebiet ist sehr umfangreich, den zahlreichen Heilanzeigen der warmen Umschläge entsprechend. (Darstellende Firma: Chemische Industrie, Berlin SO 33.)

Dentino, ein Destillationsprodukt bekannter Drogen der Iridaceen und Burseraceen, mit Glykose und Laevulose versetzt wird von der Firma Hermann Schöbel in Dresden-A. als Mittel zur Erleichterung der Zahnung kleiner Kinder hergestellt. Es ist frei von schädlichen und reizenden Bestandteilen und soll sich nicht nur bei der ersten Zahnung, sondern auch bei dem zweiten Zahndurchbruch, beim Kommen der Weisheitszähne, recht gut bewähren.

VI. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Generalarzt Dr. Schultzen, Chef der Sanitätsabteilung des Reichswehrministeriums, und Prof. Dr. Gottstein, Ministerialdirektor im Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt, wurden vom Reichsrat zu Mitgliedern des Reichsgesundheitsamtes gewählt.

Dem am 6. Juni gewählten Deutschen Reichstag gehören 4 Aerzte an, nämlich Kreisarzt Dr. Boerschmann (Bartenstein), Geh. San.-R. Dr. Hartmann (Königshütte), Dr. J. Moses (Berlin) und Dr. Wiebel (Leipzig), der Geschäftsführer des Leipziger Verbandes.

Leipzig. Die ordentlichen Professoren Friedr. Albin Hoffmann, Direktor der medizinischen Universitätspoliklinik, und Hubert Sattler, Direktor der Universitätsaugenklinik, treten am 1. Oktober in den Ruhestand. Beide blicken auf eine außergewöhnlich lange akademische Laufbahn zurück; Hoffmann (geb. 1843), ist seit 1886, Sattler (geb. 1844) seit 1891 Ordinarius in Leipzig. — Die a. o. Professoren der Zahnheilkunde Dr. Wilhelm Pfaff und Dr. Oskar Römer wurden zu ordentlichen Professoren ernannt.

Hamburg. Als Privatdozenten haben sich habilitiert Dr. Bingold (innere Medizin), Dr. Brütt (Chirurgie), Dr. Rittershaus (Psychiatrie).

München. Dr. Erwin Zweifel, Assistent der Universitätsfrauenklinik, habilitierte sich für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Verschiedenes.

Berlin. Der Vorstand der Hufeland'schen Gesellschaft hat für den Alvarenga-Preis 1921 folgende Aufgabe gestellt: „Kommt nach Aetiologie, Klinik und pathologischer Anatomie der Encephalitis lethargica eine Sonderstellung zu?" Der Preis beträgt 2000 M. Die Arbeiten sind bis zum 1. April 1921 an Prof. Umber, Berlin W. 15 Kurfürstendamm 45, einzureichen. Die Arbeiten müssen mit einem Motto versehen sein, Name und Adresse des Verfassers sind in einem verschlossenen, mit dem gleichen Motto versehenen Briefumschlag beizufügen.

Jena. Die hiesige Verlagsbuchhandlung Gustav Fischer hat ein Verzeichnis der in ihrem Verlag erschienenen Schriften aus dem Gebiet der Naturwissenschaften und Medizin zusammengestellt, welches auf Verlangen jedem Interessenten kostenfrei zugesandt wird.

Bäderwesen.

Seitens des Deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen ist eine Studienreise nach den Nordseebädern für die Zeit vom 30. August bis 6. September d. J. geplant. Die Gesamtkosten betragen etwa 725 M. (ohne Getränke und Trinkgelder) für den Teilnehmer.

Auf wiederholte Anträge des Verbandes Deutscher ärztlicher Heilanstalts-Besitzer und -Leiter hat der Reichsminister für Ernährung und Landwirtschaft mit Rücksicht auf die bestehende Fett-, Milch- und Fleischknappheit Zuweisungen zur Verteilung an die Privat-Heilanstalten amerikanisches Schweineschmalz, holländische Margarine, kondensierte Milch und Corned Beef unter sehr günstigen Bedingungen veranlaßt mit der Maßgabe, auch diejenigen Privat-Heilanstalten, welche nicht dem Verbande angehören, zu berücksichtigen. Preise und Bezugsbedingungen nennt auf Anfrage San.-R. Dr. Woelm, Geschäftsführer der Einkaufszentrale obigen Verbandes, Peterswaldau (Bez. Breslau).

VII. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Nach den am 22. Juni 1896 — M. 11 025 — (Minist.-Bl. f. d. i. Verw., S. 123) ergangenen Vorschriften über die Abgabe stark wirkender Arzneimittel usw. in den Apotheken dürfen Santonin und santoninhaltige Arzneien in den Apotheken nur auf ärztliche Anweisung abgegeben werden; dabei ist jedoch eine Ausnahme hinsichtlich der Zeltchen zugelassen, die nicht mehr als 0,05 g Santonin enthalten. Ich bestimme, daß diese Ausnahme mit Wirkung vom 1. Juli d. J. ab wegfällt und daß alsdann alle Santoninzeltchen nur noch auf ärztliche Anweisung in den Apotheken abgegeben werden dürfen. Zuwiderhandlungen sind nach § 367 Ziffer 5 des Reichsstrafgesetzbuchs strafbar.

Berlin, den 18. Juni 1920.

Der Minister für Volkswohlfahrt.
I. A.: Gottstein.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

DENTINO



zur Erleichterung des Zahnens beim Kinde von überraschender Wirkung!
Vollständig unschädliches, reizloses Präparat.

macht dem Kinde das Zahnen schmerzlos, verhütet Krämpfe, damit verbundene **Fieberanfälle, Verdauungsstörung usw. usw.**

In den ersten Kinderkliniken und Säuglingsheimen glänzend ausprobiert und ständig im Gebrauch!

Destillationsprodukt bekannter Drogen der Iridazeen und Burserazeen mit Clykose und Lävulose versetzt. Frei von schädlichen Bestandteilen.

Literatur und Muster stehen zur Verfügung. **Chem. pharm. Schöbelwerke, Dresden-A. 16.** Gegr. 1888.

Das Strophanthus-Präparat mit stets gleicher Herzwirkung und mit voller Ausnutzung bei innerer Darreichung

PUROSTROPHAN

(kristallisiertes gratus-Strophanthin)

Indikationen:

a) **Interne Darreichung** besonders angezeigt bei chronischen Herzkrankheiten, wie Myocarditis, Myodegeneratio, Kompensationsstörungen.
b) **Intravenöse Injektionen** bei akut bedrohlichen Schwächezuständen: Insuffizienz. Gegen mangelhafte Herztätigkeit bei schweren Grippefällen. Prophylaktisch vor Operationen.

Chemisch dosierbar und daher unabhängig von der Gefahr falscher physiologischer Einstellung.
Stark diuretische Wirkung. Vollkommen widerstandsfähig gegen Magen- und Darmsaft.
Auch bei längerem Gebrauch ohne schädliche Nebenwirkungen auf Magen- und Darmtraktus.

Tabletten à 1/2 und 1 mg. Ampullen à 1/4 und 1/2 mg.

Chemische Fabrik Güstrow (Mecklbg.)

Cornutinum ergoticum „Bombelon"
(Ergotin „Bombelon")
Name ges. geschützt.
das zuverlässige Mutterkornpräparat
—: Literatur kostenlos :—

Packungen:
Flaschen zu 25 und 10 g und kleine Kassenpackung zu 5 g.
Ampullen zu 1,1 cm. Cartons zu 3,5 u. 10 Stück
Tabletten zu 0,5 g Röhren zu 10 und 20 Stück
Specificum
bei Menorrhagien, Metrorrhagien im Klimakterium etc.
Prophylacticum
während der Nachgeburts- und Involutions-Periode, nach Abort bei Atonie post partum usw.
Bei Blutungen aller Art von bestem Erfolg (Ruhr usw.)

H. Finzelberg's Nachfolger
Chem. Werke Andernach a. Rh.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

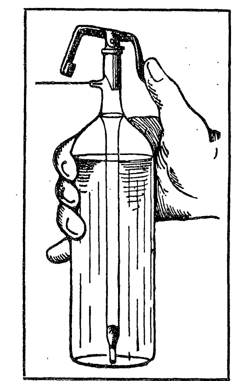
89. Jahrgang Berlin, 31. Juli 1920 No. 31

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen.
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes



Medinal

Pulver und Tabletten à 0,5

Sehr leicht lösliches und schnell resorbierbares

Hypnotikum u. Sedativum.

Anwendungsweise:

per os, rektal, subkutan.

Rp.: Medinaltabletten 0,5 Nr. X „Originalpackung Schering"
Klinikpackung: Glas mit 250 Tabletten.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering)
BERLIN N., Müllerstrasse 170/171









Acetonal

Hämorrhoidal-Zäpfchen

vereinigen in sich die adstringierende, antiseptische, granulationsbefördernde Wirkung des Alsols und die analgetische und desinfizierende Wirkung des tert. Trichlorbutylsalicylsäureesters.

Es wird jetzt wieder als Zäpfchenmasse

reine Cacaobutter

mit den bekannten Vorzügen gegenüber den Ersatzmassen verwendet.

Indikationen:

Hämorrhoidal-Leiden, Pruritus ani, Prostatitis, Mastdarmerosionen, Mastdarmtripper der Frau, zur Desinfektion des Anus und der Ampulla recti bei Oxyuren.

Originalschachtel mit 12 Zäpfchen Mk. 8.—

Den Herren Aerzten stehen Literatur und Proben auch von

Athensa, Arsen-Athensa, Liquor-Alsoli 50%, Liquor-Nov-Alsoli, Alsol-Crême, Alsol-Streupulver, Perrheumal, Toramin, Acetonal-Vaginal-Kapseln

jederzeit kostenfrei zur Verfügung durch

Athenstaedt & Redeker, Hemelingen.



Packungen:
Flaschen zu 25 und 10 g und kleine Kassenpackung zu 5 g.
Ampullen zu 1,1 cm. Cartons zu 3, 5 u. 10 Stück
Tabletten zu 0,5 g Röhren zu 10 und 20 Stück
Specificum
bei Menorrhagien, Metrorrhagien im Klimakterium etc.
Prophylacticum
während der Nachgeburts- und Involutions-Periode, nach Abort bei Atonie post partum usw.
Bei Blutungen aller Art von bestem Erfolg (Ruhr usw.)

H. Finzelberg's Nachfolger
Chem. Werke Andernach a. Rh.

89. Jahrgang **Berlin, 31. Juli 1920** **No. 31**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber die Beurteilung und Behandlung der Kreislaufstörungen im Kriege.

Von Prof. Dr. med. **A. Strubell**-Dresden.

Es sind sieben Jahre her, daß ich die Ehre hatte, dem Balneologenkongreß mein Referat über den Einfluß physikalischer Maßnahmen auf den Kreislauf und die Blutverteilung zu erstatten. Seitdem sind furchtbare Ereignisse über uns hinweggebraust und haben uns und der wissenschaftlichen Medizin ungeahnte — und ich könnte wohl hinzusetzen: ungewollte — Bereicherung unseres Wissens und praktischen Könnens durch die ärztlichen Erfahrungen im Kriege gebracht. Wenn auch unsere Schwesterdisziplin, die Chirurgie gewöhnlich bei solchen katastrophalen Ereignissen am meisten profitiert, so hat doch auch die interne Medizin in einem solchen Umfange durch den Krieg Fortschritte gemacht — ich erinnere nur an die Kenntnisse und Erfahrungen über Infektionskrankheiten bei den ungeheueren, 4½ Jahre miteinander kämpfenden Heeren —, daß es sich wohl lohnt, zu untersuchen, inwiefern und inwieweit die Lehre von den Herzkrankheiten und ihre Behandlung Wandlungen in diesen Kriegsjahren durchgemacht hat. Wir müssen da von der einfachen Tatsache ausgehen, daß das Herz als ein besonders anpassungsfähiges Organ erhöhten Anforderungen in normalem Zustande durchaus gewachsen erscheint, und daß die militärischen Chargen vom Hauptmann abwärts im Grunde genommen als Spezialisten auf dem Gebiete der Anpassung des Körpers und des Kreislaufes an kriegsmäßige Anstrengungen zu gelten haben und wirklich sein sollten, indem ein Mangel an dem nötigen Augenmaß für das, was man einem normalen Kreislaufsystem auf dem Gebiete zumuten kann, sehr bald schwere Schädigungen, nicht etwa nur Einzelner aus der ihnen zum Zwecke solch körperlicher Erziehung anvertrauten Mannschaft zeitigen muß. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß in der deutschen Armee, diesem wunderbaren, auf kriegerische Verwicklungen über viele Jahre hinaus vorbereiteten Instrument, bei den Offizieren und Unteroffizieren im allgemeinen der nötige Takt und die nötige Vorsicht und auch genügende Kenntnis der dem Neuling möglicherweise zuzumutenden Leistungen vorhanden gewesen ist, alles für ungefähr normale Verhältnisse berechnet.

Wie nun aber, wenn plötzlich Ereignisse eintreten, bei denen es nicht mehr möglich ist, wie im Frieden nur eine Elite der Besten und Stärksten für den Militärdienst heranzuziehen, wo man vielmehr tiefer, weit tiefer, als es für die Volkskraft gut war, hat schöpfen müssen, um die durch die kriegerischen Ereignisse gelichteten Cadres wieder aufzufüllen, wo man an Stelle des Materials erster Klasse, aus dem unsere aktive Armee und die Reserve bestand, körperlich minderwertiges Material hat einstellen müssen, Leute, denen ein vielleicht nervenaufreibendes, körperlich aber wenig anstrengendes Berufsleben, eine gewisse Bequemlichkeit und gewohnheitsmäßige Mastern ährung die körperliche Spannkraft hat zu einem guten Teile abhanden kommen lassen, deren der aktive Militär, sei es im Felde, sei es in der Etappe oder auch nur in der Garnison, nicht entbehren kann. Wie würden sich die vielen, in ihrem gewohnten Zivilberufe mit ihren Körperkräften durchaus Ausreichenden, aber mit Kreislaufstörungen Behafteten angesichts der gesteigerten Anforderungen an die pathologische Physiologie ihres Kreislaufes verhalten? Das war die große Frage!

Nun, die Antwort lautet: Verhältnismäßig merkwürdig gut. Während man im Frieden alle Menschen auf die Diagnose Herzfehler hin einfach ausmerzte, haben Tausende und Abertausende mit Klappenfehlern behaftete, aber mit noch gut reaktionsfähigem Herzmuskel versehene Männer tapfer und treu dem Vaterlande ihre Dienste gewidmet, während andere, deren Herzmuskel die für die Anpassung an die abnormen Verhältnisse nötige Reaktivität nicht mehr aufbrachten, versagt haben.

Da die Zahl der zu Musternden eine ungeheuere im Verhältnis zu der der musternden Aerzte gewesen ist, war die Untersuchung bei dieser ersten Berührung der Kreislaufkranken mit dem militärischen Leben naturgemäß eine völlig oberflächliche. Die Kreislaufstörungen wurden erst den Truppenärzten besser bekannt, die durch die Zahl der sich meldenden Herzkranken gewiß unnötig häufig belästigt worden sind. Es wäre natürlich viel besser gewesen, wenn den einzelnen Truppenteilen durch eine eingehendere Untersuchung bei der Musterung dieser Ballast von halb oder ganz Maroden gar nicht erst aufgeladen worden wäre, und diesen Patienten — denn als solche wurden sie eingestellt — die Gefahren auch nur des Garnisondienstes erspart worden wären. Es ist ja vollkommen begreiflich, daß bei einem Ereignis, wie dieser Weltkrieg es war, zarte Rücksichten schwinden konnten und mußten; denn was verschlug es schließlich, ob ein Herzkranker, der zu Unrecht eingestellt war, statt durch eine feindliche Kugel hinweggerafft zu werden, einer Herzattacke erlag. Trotzdem sind mir in meiner Praxis sehr viele Fälle vorgekommen, die eben nur den Spitälern und Lazaretten zur Last fielen, so daß ich allerdings sagen muß und darf: hier hätte eine erste und gründliche spezialistische Untersuchung dem Patienten viele Monate qualvollen Liegens in den Lazarettbetten und Wartens auf die endliche Entlassung,

dem Staate aber viele Kosten, den behandelnden Aerzten viele Mühe gespart. Die einfache Besichtigung, wie sie besonders in den letzten Kriegsjahren bei den Massenmusterungen geübt wurde, war jedenfalls kein Mittel, um solche Unzuträglichkeiten zu vermeiden.

Dazu kam, daß bei der Art, wie die Aerzte auf den Befehl vorgesetzter militärischer Stellen zum Teil durcheinander gewürfelt worden sind, nicht immer die auf dem Gebiete der inneren Medizin Erfahrensten mit den Musterungen betraut waren. In der aktiven Armee herrschte freilich der Grundsatz: ein Militärarzt muß auf allen Disziplinen beschlagen sein. Wie nun aber, wenn — wie es tatsächlich vorgekommen ist — bei Beginn des Krieges plötzlich ein Zahnarzt auf einer Syphilisstation, ein Gynäkologe im Lungentuberkuloselazarett und ein berühmter Hautarzt bei der Musterung amtiert. Wir haben schließlich alle unseren Werdegang durchgemacht, und in dem Maße, in dem wir uns immer mehr spezialisiert haben, haben wir uns in unserem Zivilberufe immer mehr von dem oben genannten militärärztlichen Ideale entfernt, das ja übrigens auch für den Landarzt maßgebend ist. Trotzdem oder gerade deshalb, weil den zuständigen militärärztlichen Stellen das Verständnis für den vom Werdegang eines Militärarztes der aktiven Armee so verschiedenen Werdegang und der passendsten Verwendbarkeit von Zivilärzten im Kriege zum Teil vollkommen abgegangen ist, sind Mißgriffe der schwersten Art nicht ausgeblieben. Das kann und das darf heute, wo wir retrospektiv historisch auch auf die medizinische Entwicklung in diesem Kriege zurückblicken, auch von einem laudator temporis acti getrost ausgesprochen werden.

Und doch wäre es so leicht gewesen für die militärischen höheren Stellen, gerade auf dem von mir heute besprochenen Gebiete, auf dem der rechtzeitigen Erkennung folgenschwerer Herzkrankheiten, die genügenden vorbeugenden Maßregeln zu ergreifen, wenn die Sanitätsbehörden auch nur einigermaßen sich in diesem Punkte auf den Krieg vorbereitet hätten und von den durch ihren Eintritt in die Armee zur Verfügung stehenden bedeutenden Spezialisten Belehrungen entgegenzunehmen bereit gewesen wären. Bedenken Sie bitte, meine Herren, welch eine bedeutende Breite der Verwendungsmöglichkeiten die zu Beginn des Krieges noch junge und moderne diagnostische Methode der Elektrokardiographie durch die Erfindung des neuen und im Handkoffer überallhin transportablen Elektrokardiographen von Dr. Erich Huth gewonnen hat, den ich zum Beispiel bei meinen im Auftrage der Herzogl. Gothaischen Staatsregierung ausgeführten Untersuchungen an Skifahrern in Oberhof, aber auch an anderen Sportsleuten, Schwimmern, Ruderern und Ringern, in der Nähe einer Schwimmhalle, im Bootshaus eines Ruderklubs und in den Garderobezimmern eines Zirkus verwendet habe. Bedenken Sie, meine Herren, welche Summe von elektrokardiographischen Untersuchungen an Sportsleuten in Berlin, Dresden und anderswo ausgeführt worden sind, seitdem wir auf dem ersten Kongreß zur Erforschung des Sports in Oberhof im September 1912 der Wissenschaft auf diesem Gebiete neue Bahnen gewiesen haben. Ich selber war der Erste, der im Frühjahr 1909 an den Teilnehmern eines Schwimmfestes die elektrokardiographischen Untersuchungen der Sportsleute ausgeführt hat. Bedenken Sie, welch ungeheuere Summen dieser Weltkrieg verschlungen hat, und vergleichen Sie damit die Ausgabe, welche vor dem Kriege die Anschaffung eines solchen transportablen Elektrokardiographen nach Dr. Erich Huth für jedes Regiment, der Apparat damals zum Preise von 3000,— Mark, dem Deutschen Reiche verursacht hätte. Nehmen wir an, Deutschland hätte 500 Regimenter aufgestellt, also 500 mal 3000,— Mark = 1 500 000,— Mark. Die Zahl von 500 Regimentern ist natürlich etwas willkürlich gegriffen, aber stellen Sie sich vor, wenn wir für 500 Regimenter je einen Elektrokardiographen besessen hätten, im Gesamtwerte von 1,5 Millionen Mark — und von diesem bedeutenden Fortschritte der Wissenschaft, an dem wir, die wir hier in diesem wissenschaftlichen Kreise wieder zusammengekommen sind, eifrig mitgearbeitet haben, ist im Weltkriege wenig oder fast gar kein Gebrauch gemacht worden. Meine Versuche, auf diesem Gebiete fördernd und reformierend zu wirken, sind an einem völligen Nichtverstehen der maßgebenden Kreise gescheitert. Auch die Röntgenoskopie und Röntgenographie der Herzkranken, die natürlich wegen der schwereren Transportfähigkeit der Apparate auf größere Hindernisse gestoßen wäre, hätte weit mehr, als es geschehen, kriegerische Verwendung finden dürfen.

Aber auch auf dem Gebiete der Behandlung der einmal vorhandenen Kreislauferkrankungen hat es vollständig an der nötigen Voraussicht der Sanitätsbehörden gefehlt. Wer nur einmal die Einrichtungen in einem Durchschnittslazarett kennen gelernt hat, wird sich unschwer davon überzeugt haben, daß die Verwendung der auf die Wiederherstellung der Kriegsdienstfähigkeit so überaus wichtigen physikalischen Behandlungsmethoden der Herzkrankheiten in Ermangelung der einfachsten hierzu nötigen Einrichtungen größtenteils unmöglich war. Von diesem Urteil sind natürlich auszunehmen wohleingerichtete Sanatorien, die, im Kriege den Militärbehörden zur Verfügung gestellt, schon in Friedenszeiten diese Seite der Herztherapie genügend gepflegt hatten, und Universitätskliniken, in denen solche Einrichtungen auch vorhanden sind. Es war tatsächlich in einem derartigen Durchschnittslazarett unmöglich, Herzkranke rationell zu behandeln, und die Therapie beschränkte sich denn auch in den meisten Fällen auf das so beliebte, an sich ja ganz rationelle Liegenlassen, unterstützt durch die Anwendung der bekanntesten Herzdrogen.

Und doch müssen wir gerade vom balneologischen Standpunkt aus es bedauern, daß nicht überall, wo herzkranke Soldaten zur Behandlung kamen, die so hervorragend wirksamen balneo-therapeutischen Methoden in genügendem Ausmaße zur Verfügung standen. Die Errichtung von Massage-Abteilungen in den Lazaretten kann hier jedenfalls nicht als genügender Ersatz angesehen werden, wenn auch anerkannt werden soll, daß die Verschickung Herzkranker in geeignete Badeorte ja von zum Teil sehr gutem Erfolge begleitet worden ist.

Es kann bei solchen Umständen nicht allzusehr wundernehmen, wenn eine Reihe von Patienten zu Schaden gekommen ist, die davor hätte bewahrt werden können. Menschliches, allzu Menschliches hat doch hier gelegentlich eine Rolle gespielt. So war z. B. ein Patient mit einem schweren Herzleiden, den ich im Anfang des Krieges behandelte, von seinem Hausarzt früher immer darauf aufmerksam gemacht worden, daß er nur ganz langsam gehen dürfe. Bei der Musterung hat ihn dieser selbe Arzt, obwohl er wußte, daß der Patient jetzt in meiner Behandlung wegen schwerer Herzanfälle stand, sofort in die Truppe einstellen lassen. Ein anderer schwer Herzkranker trat eines schönen Tages, nachdem ich ihn 1½ Jahre lang nicht gesehen hatte, in mein Sprechzimmer als Landsturmmann. Im Gesicht war er total zyanotisch, das Herz war beiderseits stark erweitert. Ich weiß noch, daß ich ihn beschworen habe, sich krank zu melden, was zu tun er sich nicht recht traute. Acht Tage darauf machte er, auf Wache kommandiert, Patrouille; an einer Straßeneckenkreuzung glitt er nachmittags aus, fiel hin, spuckte Blut; abends 10 Uhr war er im Lazarett tot.

Aber nicht alle Fälle, die per nefas in den Militärdienst eingestellt worden sind, haben einen gleich unglücklichen Ausgang genommen. Besonders denke ich hier an einen Fall von schwerer Myocarditis nach Diphtherie, den ich von seinem 6. Lebensjahre bis zum 20., wo er Kriegssoldat wurde, behandelt und vor Anstrengungen aller Art, Turnen in der Schule etc. stets bewahrt habe. Eine Reihe ärztlicher Zeugnisse, die ich diesem jungen Manne aus Anlaß der immer wiederkehrenden Musterungen ausgestellt habe, gipfelte stets in dem einen Worte: Cavete! Trotzdem wurde er schließlich doch eingestellt und bestand die Probe, auf die man ihn gestellt hatte, glänzend! Ein Offizier aus dem Felde, der mich wegen seiner frisch abgelaufenen Myocarditis nach Diphtherie konsultierte, kam im Gegensatz hierzu in einem solch desolaten Zustande in meine Behandlung, daß er inaktiviert werden mußte.

Im ganzen darf ich wohl sagen, daß wir alle, die wir etwa mit dem Militär in irgendeiner Form, sei es als Zivilarzt, als Arzt beim Roten Kreuz oder als Militärarzt zu tun gehabt haben — und ich selbst habe in allen drei Funktionen gewirkt —, durch diese Berührung sehr viel gelernt haben. Vor allem: Größere, ja größte Zurückhaltung in der Prognosenstellung, aber auch teilweise Aenderung in der Stellung der Diagnose bei Herz- und Kreislaufstörungen.

Es war ja klar, daß das große Gebiet der Arteriosklerose, das in der wohlhabenden Privatpraxis im Frieden eine so große Rolle spielte, hier am kranken Material des Krieges fast gar nicht vorkam. Die große Anzahl wohlhabender Fettleibiger, besonders fettleibiger Herren, verschwand recht bald aus der Praxis, zuerst durch die militärische Einziehung, dann durch die event. Strapazen und die Unterernährung. Eine weitere Anzahl von Patienten blieb fort aus der Behandlung, aus Angst, dieselbe könne zu rasch fruchten und den Garnisondienstfähigen in der Heimatstadt zum k. v.-Mann avancieren lassen. Dafür kamen in rhythmischer Folge zurück aus dem Felde die Patienten mit den Psychosen, Psychogenien, Neurasthenien, Psychoneurosen, Erschöpfungs- und Erregungszuständen usw., wie sie ja das Leben im Felde und besonders im Schützengraben beim Trommelfeuer zeitigte, bei denen allen der Rückschlag auf das Herz stark empfunden wurde. Besonders traten bei den Schützengrabenkämpfern und Handgranatenwerfern außer den event. einsetzenden psycho- und neuromuskulären Zuständen von Herzschwäche Zustände von eigentümlicher psychogener Erregung und Erregbarkeit im Herzen auf, die besonders im Elektrokardiogramm einen sehr deutlichen Ausdruck fanden. Ich habe festgestellt, daß bei solchen Patienten sich durchweg als einzige plausible Erklärung ihrer Beschwerden eine, auch in der körperlichen Ruhe vorhandene übertriebene Tätigkeit

ihres Herzens fand, die im Elektrokardiogramm sich durch eine sehr beträchtliche Erhöhung sämtlicher Zacken, besonders der Finalschwankung dokumentierte. Ich stand und stehe als Schüler Samuel von Basch's auf dem Standpunkt, daß im allgemeinen das Herz nur soviel Arbeit leistet, als es nach Maßgabe der vorhandenen Widerstände leisten muß, daß also eine innere Steigerung der Herzleistung, die eine sogenannte idiopathische Hypertrophie des Herzens zur Folge haben kann, auszuschließen ist. Von dieser für mich feststehenden Tatsache habe ich im Laufe der Jahre gelernt, eine Ausnahme gelten zu lassen, das ist die idiogene Steigerung der Herzleistung und -Anstrengung, wie sie beim plötzlichen Uebergang aus der Tiefebene in das echte Klima des Hochgebirges auftritt und wie sie mir an meinem eigenen Körper seinerzeit an der Hand der Energometrie von Herrn Kollegen Schrumpf in St. Moritz demonstriert wurde. Es unterliegt für mich keinem Zweifel, daß in der Tat der Höhenunterschied, wie ich ihn auch genugsam an dortigen Patienten habe sehen können, eine Veränderung in der Tätigkeit des Herzmotors bedingt, ohne daß die Sphygmomanometrie eine vermehrte Herzanstrengung, bewirkt von erhöhten Widerständen in der Peripherie als Substrat für die gesteigerte Tätigkeit des Kreislaufzentralorganes, hätte erkennen lassen. Vielmehr sind bei gleichbleibendem Blutdruck die energometrischen Werte während der ersten 8 Tage eines solchen Höhenaufenthaltes beim normalen Kurgast beträchtlich gesteigert, was dringend zur Vorsicht während dieser Zeit, auch den geringsten sportlichen Anstrengungen gegenüber, mahnt. Was, was den Kreislauf anbelangt, nicht völlig in takten Patienten eine in solchen Tagen ausgeführte unzweckmäßige Sportbetätigung schaden kann, habe ich mit eigenen Augen an mehreren Fällen, in denen ich konsultativ dort oben hinzugezogen wurde, sehen können.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Innere Medizin.

Prof. **S. Loewe** (Göttingen): **Pharmakologische Grundlagen für die Colchicumtherapie der Gicht.** (Therapeutische Halbmonatshefte, 1920, Heft 1.)

Die Wirkung des Cholchicum bzw. Colchicin auf den Gichtanfall, so sicher sie durch die Erfahrung gestützt ist, war bis vor kurzem pharmakologisch noch völlig unerklärt. Erst neuere Untersuchungen, an denen auch L. mit seinen Schülern beteiligt ist, haben etwas Licht in dieses Dunkel gebracht. Was zunächst die toxische Wirkung des Colchicins anlangt, so wirkt es nach dem Mechanismus eines Kapillargiftes, in erster Linie auf die Gefäße des Magendarmkanals, daher die Erscheinungen der Gastroenteritis bei Colchicinvergiftung. Nach älteren Versuchen des Greifswalder Pharmakologen Hugo Schulz an Menschen ruft die Colchicumtinktur auch Erscheinungen an den Gelenken, vor allem Gelenkschmerzen, hervor. Auch Verfasser fand in Tierversuchen an den Gelenken subperiostale Hämatome, Hyperämie der Gelenkkapsel und Gelenkbänder, sowie des Knochenmarks der Gelenkenden. Es liegt hier also wahrscheinlich eine Kapillarwirkung im Gebiet der Gelenke vor. — In therapeutischer Hinsicht zieht Verfasser aus diesen Ergebnissen den Schluß, daß man bei der Colchicinanwendung anwendung die Nebenwirkung auf den Darm nicht scheuen darf, wenn eine genügende Wirkung auf die Gelenke erzielt werden soll, da es sich um eine gleichsinnige Kapillarwirkung handelt. Für die praktische Anwendung empfiehlt L. das von Merck dargestellte reine Colchicin in Pillen:

Colchicin 0,02—0,03—0,05,
Extr. et succi liquirit. q. s. ut. f. pilulae 30.

Man gibt entweder bei den ersten Anzeichen des Anfalles 2—4 mal täglich eine Pille bis zum Auftreten von Durchfällen, oder am ersten Tag 4, am zweiten 3, am dritten 2 usw. Pillen. Haltbarer als die Pillen sind Tabletten oder Granula mit je 0,5 bis 1 mg Colchicin.

Sanitätsrat Dr. **Curt Stern** (Bernau): **Beiträge zur Wirksamkeit des Toramins.** (Fortschr. der Medizin 1920, Nr. 11/12.)

Toramin, das tertiäre trichlorbutylmalonsaure Ammon, hat neben der schleimlösenden und die Schleimbildung hemmenden Wirkung noch die Eigenschaft der Narkotika, den Hustenreiz zu mildern, ohne dabei mit ihnen die Eigenschaft der Giftigkeit zu teilen. Diese Eigenschaften sind besonders wertvoll in allen Fällen von Husten, der mit starken Reizungen und sonstigen nervösen Symptomen einhergeht, so bei den nervösen Dyspepsien der Tuberkulösen, die sich sehr unangenehm bemerkbar machen. Das Toramin wird in Tabletten mit 0,1 g wirksamer Substanz 3mal täglich zu 2 Tabletten verabreicht, am besten in heißem Wasser oder heißer Milch. Kindern gibt man von einer 1% Toraminsyrup-Lösung zweistündlich einen Teelöffel in Wasser oder Milch. Verf. hat in dem ihm unterstellten Krankenhause mit Toramin, das von der Firma Athenstaedt und Redeker in Hemelingen hergestellt wird, recht gute Erfahrungen gemacht.

Hh.

Prof. **W. Straub** (Freiburg): **Das Problem der physiologischen Salzlösung in Theorie und Praxis.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 9.)

Nach Verfasser ist die weitgehende Verwendung der „physiologischen Kochsalzlösung“ in der praktischen Medizin, besonders als Ersatz von Blut zu Infusionen, vom physiologischen Standpunkt aus zu beanstanden, es ist nicht ausgeschlossen, daß sie den Organismus schädigt. Die „physiologische“ Kochsalzlösung ist richtiger als „anatomische“ Kochsalzlösung zu bezeichnen, denn sie läßt allerdings die mit ihr in Berührung kommenden lebenden Zellen in ihrer Form ungeändert, jedoch lähmt sie die Lebensfunktionen. Noch bedenklicher ist die offizinelle „Solutio Natrii chlorati physiologica“, da sie als Zusatz eine Menge Soda enthält, so daß in ihr z. B. Adrenalin sofort zerstört wird. Die Physiologie hat schon längst die Kochsalzlösung durch andere Lösungen, z. B. die Ringerlösung, ersetzt, welche Kochsalz, Chlorkalium, Chlorkalzium, Natriumbikarbonat, Chlormagnesium enthält. Für den therapeutischen Gebrauch ist aber die Ringerlösung deswegen ungeeignet, weil beim Sterilisieren in ihr das Kalzium als unlösliches Karbonat ausfallen würde. Es ist Verfasser nun gelungen, dem Ionengehalt des Blutserums entsprechend eine Salzmischung („Serumsalz“) herzustellen, die als trockenes Pulver in die nötige Menge abgekochten Wassers gegossen eine klare, haltbare und wirklich physiologische Salzlösung liefert. Der Gefrierpunkt der Lösung ist wie beim Blutserum — 0,65°. Der Hauptbestandteil des Serumsalzes ist Chlornatrium; außerdem enthält es die Ionen Kalium, Kalzium, ferner Bikarbonat und saures Phosphat. Die von Verfasser mitgeteilten physiologischen Versuche beweisen die Gleichwertigkeit seiner Salzlösung mit Blutserum. Das Serumsalz wird von dem sächsischen Serumwerk, Dresden, fabrikmäßig hergestellt und unter der Bezeichnung „Normosal“ in sterilen Packungen, entsprechend 1—10 Liter Lösung, in den Handel gebracht werden.

Dr. **Moritz Weiß** (Wien-Gleichenberg): **Ueber den Nachweis der Harnsäure in Niederschlägen.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 8.)

Man kann nach Verfasser im Harn von Harnsäure oder Uraten herrührende Trübungen durch tropfenweisen Zusatz von 1 proz. Kaliumpermanganatlösung schon in der Kälte völlig klären. Die Probe ist eindeutig und in manchen Fällen von Nutzen.

Dr. **Hans Maendl** (Heilanstalt Alland, Niederösterreich): **Intravenöse Calciumtherapie bei Lungentuberkulose.** (Mediz. Klinik, 1920, Nr. 9.)

Die intravenösen Calciuminjektionen empfiehlt Verfasser zunächst als symptomatisches Mittel gegen Hämoptoe. Zur Anwendung kam ausschließlich Calc. chlorat. crystall. puriss. Merck; hiervon wurden 5—10 proz. Lösungen bereitet, welche in Mengen von 5—10 ccm körperwarm intravenös in die Ellbogenvene langsam eingespritzt wurden. Die intravenöse Injektion von 5—10 ccm einer 10proz. Calc.-chlorat.-Lösung erklärt Verf. auf Grund seiner Erfahrungen als das derzeit beste Mittel zur Beherrschung einer Lungenblutung. Nach jeder Einspritzung tritt ein kurzdauerndes Hitzegefühl in verschiedenen Körperteilen auf. Bei Neigung zu Blutungen empfiehlt Verf. das Calc. chlorat. prophylaktisch (intern oder intravenös) zu geben. Aber auch abgesehen von Blutungen wirkt Calc. chlorat. nach Verfasser günstig auf den Verlauf der Lungentuberkulose; es wird bei nichtblutenden Kranken in der Dosis 5 ccm einer 5proz. Lösung intravenös eingespritzt. —

Dr. **Leopold Haider** (Wieselburg): **Einige Bemerkungen zur Frage der Mobilisation latenter Malaria.** (Wiener med. Wochenschrift 1920, Nr. 10.)

Die Angabe von Henßelmann (vergl. das Referat S. 25 d. Jahrgangs), daß durch geringe Dosen von Benzol bei latenter Malaria Fieberanfälle ausgelöst werden, hat Verfasser an 16 Kranken nachgeprüft, und zwar mit negativem Ergebnis. Das Benzol kann demnach nicht zur Mobilisation latenter Malaria dienen.

Orthopädie.

Prof. Dr. **Sigmund Erben** (Wien): **Die krankhaften Veränderungen des Ganges.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 19.)

Bei schmerzhaften Affektionen eines Gelenkes erfolgt dessen Ruhigstellung und Hinken. Diese typischen Zeichen können leicht nachgemacht werden und zu Krankheitsvortäuschungen Verwendung finden. Eine typische Störung des Ganges, bei der sich objektiv nichts nachweisen läßt, ist

das intermittierende Hinken, das auf eine Erkrankung der Blutgefäße zurückzuführen ist. Typisch ist auch das Entenwatscheln für Osteomalacie und für habituelle Hüftgelenksluxation. Bei Ischias findet man eine unveränderliche Steifhaltung von Lende und Hüfte an der schmerzhaften Seite, niemals Hinken. Der durch Lähmung hervorgerufene sog. paretische Gang, ist durch das Schleifen mit der Fußspitze gekennzeichnet; der spastisch-paretische Gang, die Folge einer Unterbrechung der Willensbahnen im Zentralnervensystem, äußert sich darin, daß die Beine nahe beisammen sind, fast angepreßt, und die Schritte klein und langsam aufeinanderfolgend. Die hysterische Abasie zeigt sich in anfänglichem Zittern und Schwäche in den Beinen, die sogar ein Zusammensinken in den Knien zur Folge haben kann. Bei der Ataxie machen einzelne Gelenke größere Exkursionen, als normalerweise der Fall ist. Die zerebellare Ataxie kennzeichnet sich durch die Unmöglichkeit, die Gangrichtung einzuhalten. Endlich findet sich der Trippelgang bei Greisen, bei CO-Vergiftung und der Myotonoklonia trepidans. Alle die Gangarten sind so typisch, daß bei genauerer Kenntnis ein Versuch der Krankheitsvortäuschung leicht entdeckt werden kann. Hh.

Dr. **J. Fuchs** (Ettlingen): **Der Stahldrahtfuß.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 28.)

Da die bisherigen Beinprothesen unter dem Uebelstand leiden, daß der künstliche Fuß ein elastisches Gehen auf unebenem Boden oder in der Dunkelheit erschwert, hat Verf. einen künstlichen Fuß aus 6 mm starkem Rundfederstahl so hergestellt, daß eine obere kleine Schleife entsteht, welche in je eine Schraubenspirale übergeht und so einen gedoppelten Fersenteil darstellt, der dann in eine der Sohlenform entsprechende größere Schleife verläuft. Dieser künstliche Fuß läßt sich leicht an jede Prothese ansetzen. Auf ein besonderes Knöchelgelenk kann bei der Elastizität dieses künstlichen Fußes verzichtet werden. Bei richtiger Größe hält der Fuß vollkommen im Stiefel. Er ist von der „Kriegsbeschädigtenfürsorge am Reservelazarett in Ettlingen" zu beziehen. Hh.

Augenheilkunde.

Prof. Dr. **M. Hajek** (Wien): **Kritik des rhinogenen Ursprungs der retrobulbären Neuritis.** (Wiener klin. Wochenschrift 1920, Nr. 13.)

Im Gegensatz zu Meller hält Verfasser in Fällen von retrobulbärer Neuritis optici, in welchen keine ausgesprochenen pathologischen Veränderungen der hinteren Nebenhöhlen vorhanden sind, den rhinogenen Ursprung für sehr zweifelhaft. Die gelegentlich nach operativer Behandlung der Nebenhöhlen eintretenden mehr oder weniger vorübergehenden Besserungen bilden durchaus keinen zwingenden Beweis für den rhinogenen Ursprung der Neuritis optici, denn derartige Besserungen, ja dauernde Heilungen treten, wie H. an mehreren Fällen zeigt, auch ohne jeden Eingriff spontan ein. In praktischer Hinsicht steht H. auf dem Standpunkt, daß trotzdem der Rhinologe, wenn der Augenarzt einen Eingriff für angezeigt erachtet, diesen vornehmen soll, auch wenn er über den dauernden Wert eines derartigen Eingriffs abweichender Ansicht ist. R. L.

Prof. Dr. **L. Rethi** (Wien): **Zur Frage der Nasenoperationen bei Neuritis retrobulbaris.** (Wiener med. Wochenschrift 1920, Nr. 13.)

Verfasser hat in einer Anzahl von Fällen, von denen er einige mitteilt, einen günstigen Einfluß von Nasenoperationen auf den Verlauf der Neuritis optici retrobulbaris gesehen. Er steht daher auf dem Standpunkt, daß der Rhinologe den Eingriff, wenn er vom Ophthalmologen gewünscht wird, d. h. wenn eine andere Ursache für die Sehstörung nicht gefunden wird, nicht verweigern darf, um so weniger, als wir bei der bloßen Besichtigung des Naseninnern eine Nebenhöhleneiterung nicht mit Sicherheit ausschließen können und weil die Erfahrung gezeigt hat, daß eine solche gar nicht vorhanden zu sein braucht, ja, daß die Nebenhöhlenschleimaut vollkommen gesund erscheinen und eine Eröffnung der hinteren Nebenhöhlen dennoch von Erfolg begleitet sein kann. R. L.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Dr. **Hildegard Eyth** (Lübeck): **Die klinische Behandlung der Vulvovaginitis gonorrhoica infantum.** (Therapeutische Halbmonatshefte 1920, Heft 6.)

Die Arbeit berichtet über die Erfahrungen des Kinderhospitals Lübeck (Direktor Prof. Klotz). Es wurden alle modernen Behandlungsmethoden versucht, meist mit unbefriedigendem Ergebnis. Dies gilt zunächst von der Heißbädertherapie, welche in allen schweren Fällen versagte und in leichteren Fällen nicht mehr leistet, als weniger eingreifende Behandlungsarten, überdies nur unter großen Schwierigkeiten bei Kindern durchführbar ist. Sehr ungünstig waren die Erfolge bei der Trockenbehandlung nach Nassauer, das gleiche gilt von den Terpentininjektionen nach Klingmüller, etwas günstiger waren die Erfolge bei der Behandlung mit der Gonokokkenvakzine Arthigon, welche intravenös resp. intramuskulär kombiniert mit der örtlichen Behandlung (Protargol-Spuman) angewendet wurde. Die intravenösen Collargolinjektionen versagten in den beiden Fällen, in denen sie versucht wurden. Ueberdies hält E. die Collargolinjektionen auf Grund ausgedehnter Erfahrungen bei anderen Krankheiten für durchaus nicht ungefährlich. Am häufigsten kam das Protargol zur Anwendung, entweder als 10proz. Lösung zur Injektion in die Urethra und Vagina mit Hilfe eines Katheters oder als 2proz. Protargol-Spumanstäbchen, die in die Vagina eingeführt wurden. Dazu traten noch täglich 2 Kal. hypermang.-Bäder. In leichten Fällen führte diese örtliche Behandlung allein zum Ziel. Neuerdings wurde schließlich, und zwar mit verhältnismäßig günstigem Erfolg, das Methylenblausilber (Argochrom) versucht, und zwar kombiniert intravenös und lokal. Die örtliche Behandlung wurde zweimal täglich vorgenommen nach vorausgegangenem heißem Sitzbad mit Kal. hypermang.; sie besteht in der Einführung eines in 2proz. Argochromlösung eingetauchten Tampons in die Scheide; in die Urethra kommt ebenfalls auf ¼ Stunde ein mit Argochrom getränkter Watteträger. Intravenös wurde eine 1proz. Lösung injiziert, jeden 5. Tag zuerst 5 ccm dann bis 10 ccm. Mit wenigen Ausnahmen wurden die Einspritzungen gut vertragen. Die Behandlungsdauer bis zum Verschwinden der Gonokokken belief sich in der Regel auf 8—10 Wochen, d. h. war wesentlich kürzer, als bei der sonstigen Therapie. Wo die intravenöse Anwendung nicht möglich ist, kann man Argochrom intramuskulär einspritzen. L.

Dr. **Carl Pototzky** (Berlin-Grunewald): **Zur Behandlung der Enuresis nocturna.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 7.)

Verfasser erwähnt kurz die verschiedenen zur Behandlung der Enuresis nocturna der Kinder in Gebrauch stehenden Methoden (Milieusuggestionsmethode, Uebungstherapie usw.) und teilt dann mit, daß er neuerdings mit der Darreichung von Camphora monobromata auffallend günstige Erfolge erzielt hat. Er gibt das Mittel vielfach in Verbindung mit Kalk. Die Verordnung lautet für ältere Kinder:

Camphor. monobromat. 0,1
Calc. lactic. 1,0,
Dosis XX. S. 2 mal tägl. 1 Pulver zu nehmen.

Die Pulver werden 14 Tage hintereinander genommen, wenn nötig, wird die Dosis nach 14tägiger Pause wiederholt.

Strahlenbehandlung.

Privatdozent Dr. **Eugen Kisch** (Hohenlychen): **Die Lichtbehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose.** (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1920, Nr. 11.)

Nachdem Bernhardt aus Samaden erkannt hat, daß die natürliche Sonne tuberkulöse Prozesse zur Ausheilung bringen kann, und Rollier in Leysin die Befunde bestätigen konnte, versuchte Bardenheuer in Köln mit gutem Erfolg die Behandlung von Knochen- und Gelenktuberkulose mit Sonnenbestrahlung auch in der Ebene. Das ist um so bedeutsamer, als aus finanziellen und technischen Gründen nur wenig Kranke die Segnungen der Sonnenbehandlung im Hochgebirge genießen können und auch die alte Forderung nach wie vor zu Recht besteht, daß man danach trachten muß, die Tuberkulösen dort auszuheilen, wo sie erkrankt sind und wo sie auch nach der Heilung weiterleben wollen. Die Sonnenbehandlung zeigt bei der Heilung der Tuberkulose der Gelenke und Knochen immer wieder die Symptome, die für die Stauungsbehandlung charakteristisch sind. Aus diesem Grunde wird in den Hohenlychener Heilanstalten, die der Berliner chirurgischen Universitätsklinik angegliedert sind, die kombinierte Sonnen- und Stauungsbehandlung in Anwendung gebracht. Bei der Behandlung darf man nicht vergessen, daß die Sonnenstrahlen keineswegs ein indifferentes Heilmittel sind, und muß daher sorgfältig dosieren. Der Schutz des Kopfes und der Augen ist notwendig. Die Quarzlampe als Ersatz der Sonne läßt Verfasser nicht gelten. Zirkumskripte tuberkulöse Herde sollen rein operativ behandelt werden, namentlich wenn in ihnen ein Sequester vorhanden ist. Auch sonst dürfte trotz der guten Erfolge der kombinierten Sonnen- und Stauungsbehandlung mitunter die Operation starkeiternder Gelenktuberkulosen angezeigt sein, zumal wenn tuberkulöse Lungenkomplikationen vorliegen, die erfahrungsgemäß nach Entfernung des anderen tuberkulösen Herdes schneller heilen. Die Tuberkulinbehandlung, wobei nur Alttuberkulin-Koch in Anwendung kommt, wird nur vorgenommen, um den Patienten nach Möglichkeit vor einem neuen Herde zu bewahren. Hh.

Prof. Dr. **L. Seitz** und Dr. **H. Wintz** (Erlangen): **Die Röntgenbestrahlung als Mittel zur Differentialdiagnose von Geschwülsten.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 23.)

Verfasser sind auf Grund eingehender Beobachtungen zu der Ueberzeugung gekommen, daß sich aus der Art der

Beeinflussung verschiedener Tumoren durch gewisse Röntgenstrahlendosen diagnostische Schlüsse ziehen lassen. Bei Myomen wenden sie die Kastrationsdosis von 34% der Hauteinheitsdosis an. Wenn das Myom auf sarkomatöse Entartung verdächtig ist, so muß die Sarkomdosis von 60 bis 70% der Hauteinheitsdosis in Anwendung kommen; erfolgt die Zurückbildung des Tumors schnell, d. h. beginnt sie bereits einige Tage nach der Bestrahlung, um nach 14 Tagen sehr deutlich und nach 4—5 Wochen vollständig zu sein, so liegt ein Sarkom vor; wenn aber die Rückbildung erst nach 3—4 Monaten einsetzt und langsam vor sich geht, dann handelt es sich um ein Myom. Die Unterscheidung zwischen bösartigen Neubildungen und gutartigen Geschwülsten ist durch Röntgenbestrahlung ebenfalls festzustellen, und zwar reagieren bösartige Neubildungen viel schneller als gutartige. Auch zwischen Sarkom und Karzinom läßt sich die Röntgenbestrahlung als differentialdiagnostisches Mittel gut anwenden; wenn nämlich die Karzinomdosis im Tumor nur stellenweise oder gar nicht erreicht wurde, dann gehen Karzinome nur sehr langsam zurück, Sarkome dagegen schnell. Hh.

Sanitätsrat Dr. **Christoph Müller** (München): **Die Indikationen zur Röntgenstrahlenbehandlung der Karzinome.** (Münchener med. Wochenschr. 1920, Nr. 20.)

Verfasser ist auf Grund einer langjährigen Erfahrung und kritischen Berücksichtigung aller Umstände der Ansicht, daß bei der Röntgenbestrahlung in dem ganzen Tumor und seiner gefährdeten Umgebung die ganze Karzinomdosis zur Absorption gebracht werden kann. Grundbedingung ist dabei eine ganz genaue und sorgfältige Dosierung der Strahlen nach beiden Richtungen hin. Wenn die Volldosis nicht erreicht werden kann, dann ist die Röntgenbehandlung zwecklos und bei operablen und inoperablen Fällen zu vermeiden, zumal sie mitunter sogar in solchen Fällen schädlich wirken kann. Bei den desolaten Fällen, bei denen keine Operation mehr vorgenommen werden kann, weil die Aussichtslosigkeit kontraindiziert, soll man auch von Röntgenbestrahlung absehen. Bei den zur Operation bestimmten Fällen kommt sowohl die Vor- wie die Nachbestrahlung in Frage, am besten aber die Vor- und Nachbestrahlung. Daß man mit kombinatorischen Bestrahlungen unter gleichzeitiger Anwendung radioaktiver Substanzen, der Diathermie, vielleicht auch chemischer Agentien die Wirkung der Röntgenstrahlen wesentlich unterstützen und dann mit kleineren Röntgendosen auskommen kann, wird vom Verfasser als sicher angenommen. Hh.

Dr. **O. Strauß** (Berlin): **Ueber Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Verf. hebt hervor, daß man zwar von einer eigentlichen Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen nicht gut reden kann, daß es aber, wenn auch allerdings selten, Fälle von zeitig und räumlich beschränkter Ueberempfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen gibt. Eine Erklärung für diese Erscheinung hat sich nicht finden lassen. Hh.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Sitzung vom 21. VI. 1920.

Eigenbericht der Allg. med. Central-Zeitung.

Vorsitz: Herr Fürbringer.

Tagesordnung:

Die Plasmakultur nach Harrison-Carrel.

Frl. **Rhoda-Erdmann:** Die Technik der Gewebszüchtung schwankt in ihrer Wertschätzung noch sehr; und doch verdient sie Beachtung seitens der meisten medizinischen Disziplinen, seit 1911 Carrel zugleich mit Harrison zeigte, wie das embryonale Hühnerherz wuchs. Aber man glaubte, keine Gewebe und Organe züchten zu können. Nach dem Einlegen von Stücken lebenden Gewebes in die Gewebssäfte der Tiere sah man an den Wundflächen Zellen bald aufwachsen, und die Kritiker sagten, es sei nicht zu unterscheiden, ob hier Aussaat oder Auswanderung vorliege. Aber in diesen Zellen finden sich Mitosen. Zweifellos können sich Zellen im eignen Plasma des Stammtieres mehrfach teilen. Das Gewebsstück im Plasma degeneriert. Nach 14 Tagen sind große bindegewebsartige Zellen ausgewandert. Fast alle Zellen haben schaumige Struktur, weil die Nahrungs-, besonders die O-Zufuhr minimal ist und die Zelle sich auszudehnen strebt. Auch im Gewebe des erwachsenen Tieres können Mitosen vorkommen. Es bildet sich neues Plasma; dieses umhüllt den Kern, der sonderbare Bewegungen macht, sich umdreht und abschnürt. Später bildet er Mitosen. Teilungen lassen sich also reichlich und oft in der Plasmakultur zeigen, aber sicher ist noch nicht: Wie oft und wie lange? Harrison sah die Nervenfaser aus der Ganglienzelle auswachsen und sich mit dem Endorgan verbinden. Der Achsenzylinder ist also ein Produkt der Zelle selbst. Das Plasma ist ein ausgezeichnetes Medium für Lebend-Beobachtung, z. B. an Trypanosomen und anderen Protozoen; das alte Wesen teilt sich mehrfach; schließlich bleiben in Milz und Leber die „Latinbodies".

Man kann auch Zelltätigkeit beobachten, z. B. Phagozytose, die Riesenzellbildung um Fremdkörper herum; letztere besteht aus vielen Zellen. So ließen sich Giftwirkungen auf entstehende Nervenfasern verfolgen. Man kann aus Gewebe von immunisierten Tieren züchten und das Wachtum der Bakterien darin verfolgen. Es bleibt noch viel zu tun.

Opel wies nach, daß nicht alles, was wir Zellwachstum nennen, es wirklich ist, sondern daß es sich um Zellwanderung handelt. Bezel nahm Plasma, um Wunden auszugießen. Das Epithel ging auch über diesen gehärteten Klumpen herüber, und das darunterliegende Gewebe schickte bindegewebsartige Zellen in diesen Klumpen und bildete Fibrillen.

Grawitz behauptet, daß die Rundzellen bei entzündlichen Prozessen aus dem Gewebe entstehen. 1914 untersuchte er die Herzklappen der Katze in der Gewebszüchtung und bewies, daß ähnliche Erscheinungen in der Plasmakultur vorkommen, die er bei der Entzündung annahm. Legt man Herzklappen von der Schlange in die Kultur, so bildet sich neues Gewebe, das aus Bindegewebe und elastischen Fasern besteht, schon in 14 Tagen. Zunächst werden die feinen Zellen auch mit amorphem Plasma um die wenigen Kerne herum sich bilden. Die Kerne schwellen an und werden rundlich. Die Zelltätigkeit hat also wieder begonnen. Sie können sich vermehren, und zwar vom alten Stücke aus. Die gedrehten Kerne brechen auseinander; es gibt keine Mitose, sondern Fragmentation. Das liegt an der mechanischen Beanspruchung der Herzklappenfasern. Die Zellen werden mit ihren Bindegewebsfasern frei; diese hängen an den Zellen. Die Zelle löst sich aus dem Gewebe. Bei der Schlange ist das bei Zimmertemperatur zu verfolgen. Nimmt man bei den Säugetieren, z. B. der Katze, erhöhte Temperatur, so sieht man Rundzellen, aber o h n e Bindegewebsfortsätze frei werden. Freilich brauchen diese Vorgänge sich nicht mit Notwendigkeit auch im lebenden Körper in gleicher Weise abzuspielen. Die Herzklappe ist im lebenden Körper immer von strömendem Blute umspült; noch anders ist es bei Endokarditis. Das weitmaschige Gewebe entsteht da, wo es frei von derben Fasern ist; das elastische Gewebe wird aufgelöst in große mit Flüssigkeit gefüllte Vakuolen.

Die Plasmakulturen sollen auch hochvirulentes Virus, z. B. Kokkengift, züchten. Das Kornea-Epithel zeigt ein schönes Wachstum. Hier kann man sehen, was geschieht, wenn man Virus zusetzt. Virus der Hühnerpest wird am besten im Knochenmark versorgt. Alle diese Vira sind schwer für die Immunisierung zu gebrauchen; auf diesem Wege lassen sie sich abschwächen, ohne an spezifischer Wirkung zu verlieren.

Die Plasmakultur ist eine Methode, um die verschiedenen Untersuchungsergebnisse zu kontrollieren und feinste Einzelheiten zu erkennen.

A u s s p r a c h e:

Herr **Kraus:** Wann beginnt am embryonalen Hühnerherzen der Aktionsstrom, und wann beginnt während dieser Zeit das Elektrokardiogramm die beiden Zacken darzustellen? Zuerst ist bloß eine Zacke da, die Nachschwankung. Was geht vor in den Geweben bei feuchter Atmosphäre? Bei normaler Temperatur sondern alle Gewebe einen Saft aus, der ein dünneres Kolloid darstellt. R. hat nie etwas gesehen außer Wucherungen, die längst durch Klebs bekannt geworden sind. Hier liegt eben wohl kein normales Plasma vor.

Frl. **Rhoda-Erdmann** (Schlußwort) hat noch ein Hühnerherz nach 10 Tagen im Plasma schlagen sehen. Aber das Warmblüterherz ist schwerer als das der Kaltblüter zu behandeln. In den Surrogaten des Plasmas, wie Meerwasser, wurde Auswanderung und Umbildung von Zellen, aber niemals Mitose nachgewiesen. Die Masse der sich teilenden auswandernden Zellen ist nicht groß.

Herzbefunde bei endokrinen Erkrankungen.

Herr **H. Zondek:** Es bestehen Beziehungen zwischen Zirkulation und endrokrinen Drüsen, z. B. beim Morbus Basedowii. Dahin gehören die Herzstörungen bei Genitalstörungen, bei Chlorose, in der Pubertät und Menopause, die Tonusherabsetzung bei Morbus Addisonii, der Status thymolymphaticus mit schmalem schwachen Herzen. Sicher sind diese Beziehungen höchst mannigfaltig.

Vortr. hat aus seinen mehrjährigen Lazarettbeobachtungen vier Krankheitsbilder zusammengestellt, um sie sier an Lichtbildern zu demonstrieren. Es sind 1. die Herzsymptome der Akromegalie, 2. der Chondrodystrophie, 3. der atrophysischen Myotonie, 4. das Myxoedem.

Zu 1. Veränderungen am Herzen treten schon frühzeitig als leichte Tachykardie, Arteriosklerose und ausgesprochene Herzinsuffizienz auf. Vielleicht könnte man hier eher von Splanchnomegalie sprechen; denn Leber, Niere, Nebenniere und Darm nehmen an der Vergrößerung im gleichen Maße wie die Akra teil; auch die Herzen waren vergrößert. Die Funktion war gut; es bestand geringe Blutdrucksteigerung. Bei Giganten mit hypophysärem Typus ist diese Tendenz nicht vorhanden; hier sind die Herzen sogar oft verkleinert. Die Tendenz besteht also am Herzen nur, wenn die Tendenz zum Größenwachstum sich im Körper allein nicht ausleben kann oder nach Beendigung des Längenwachstums auftritt.

Zu 2. Alle 5 Fälle hatten niederen Blutdruck, 60—80 mm Hg. Die Funktion war gut; die Herzen waren groß, aber vermutlich erweitert.

Zu 3. Hier bestand elektrische Uebererregbarkeit, deutliche endokrine Einflüsse zeigten sich in der Verminderung des Blutzuckergehaltes auf 58—60. Der Blutdruck betrug nur 60—80 mm Hg. Es bestand Bradykardie bei niederem Blutdruck, dabei erhebliche Herzdilatation; es lag wohl veränderte Reizleitung zwischen Vorhof und Kammer vor.

Zu 4. Der Zustand war ähnlich: Bradykardie mit Herzvergrößerung; diese war augenscheinlich durch Dilatation bedingt; denn sie wurde mit der Exaktheit eines Experiments durch Thyreoidin beseitigt, und zwar in 4—8 Wochen. Die Herzstörung ist wohl durch eine wässrige Aufschwemmung bedingt. Das Thyreoidin wirkt augenscheinlich entwässernd und greift augenscheinlich in den Herzmuskel ein.

Es gibt zweifellos noch mehr thyreogene Fälle von Herzstörungen, die man nicht durch Digitalis, sondern durch Thyreoidin bekämpfen muß.

Aussprache:

Herr **Kraus**: Kann man Elektrokardiogramme aufnehmen?

Herr **Kramer** begründet in längeren eingehenden Ausführungen seine Ansicht, daß eine direkte Beeinflussung der Muskeln, nicht nur der Nerven, durch die endokrinen Substanzen stattfindet.

Herr **Zondek**: Schlußwort. Mode.

IV. Bücherschau.

Dornblüth, Arzneimittel der heutigen Medizin. Zwölfte Auflage, bearbeitet von Prof. Dr. med. C. Bachem (Bonn), VIII und 515 S. Leipzig und Würzburg, Verlag von Curt Kabitzsch 1919. Preis M. 17.—.

Bei der Bearbeitung dieser neuen Auflage hat der bekannte Pharmakologe, der das von 1872 bis 1892 — 1. bis 7. Auflage — gemeinsam von Otto Roth und Gregor Schmitt, von 1898 bis 1911 — 8. bis 11. Auflage — von Otto Dornblüth bearbeitete Werk nunmehr weiterführt, die bisherige Einteilung und Anordnung des Stoffes im wesentlichen beibehalten, innerhalb dieses Rahmens aber die durch die inzwischen gemachten Fortschritte und neuen Erfahrungen gebotenen Aenderungen und Einfügungen vorgenommen. So gehört also auch in dieser neuen Auflage das Werk zu den vollständigsten und brauchbarsten seiner Art, was allerdings kleine Unterlassungen nicht ausschließt. So ist dem Referenten aufgefallen, daß den neuerlich in der urologischen Praxis wieder in Aufnahme gekommenen Folia Bucco kein Aufsatz gewidmet ist; nur als Bestandteil der Buccosperin-Kapseln wird Extr. Bucco und zwar ohne nähere Erläuterung erwähnt. Diese Lücke, die sich übrigens auch in allen anderen vom Referenten durchgesehenen deutschen Lehrbüchern der Materia medica findet, müßte bei der nächsten Bearbeitung ausgefüllt werden. T.

E. Merck's Jahresbericht über Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmazie. Darmstadt, Dezember 1919. 586 Seiten.

Vor uns liegt ein Dokument hervorragender deutscher Arbeit aus schwerster Zeit. Nicht ohne Grund beneidet das gesamte Ausland uns um den Hochstand unserer Industrie, insbesondere auf dem Gebiete der pharmazeutischen Chemie, in der das Haus E. Merck einen so hervorragenden Platz einnimmt. Die wissenschaftlichen Arbeiten über die nicht offizinellen Alkaloide sind in dem vorliegenden Band zum Abschluß gekommen. Dann folgt eine kurze Zusammenfassung der gesamten, recht ansehnlichen Literatur über die neuen Präparate und Drogen, die uns wieder einmal zeigt, daß auch in den schweren Kriegsjahren deutsche Geistesarbeit durchaus nicht geruht hat. Gerade der praktische Arzt, dem sein anstrengender Beruf nicht immer die Zeit und Möglichkeit bietet, die gesamte medizinische Literatur und den Fortschritt unserer Wissenschaft und Technik zu verfolgen, wird den Jahresbericht von Merck immer wieder gern zur Hand nehmen, da er für ihn eine unerschöpfliche Fundgrube des Wissens bedeutet. Hh.

V. Technische Fortschritte.

Baby-Creme Kosmata ist ein von der Chemischen Fabrik Binder & Ketels in Hamburg hergestellter medizinischer Hautcreme, der sich durch eine glückliche Vereinigung von Wachs und Paraffin in Verbindung mit dem dermatologisch so wertvollen Borax auszeichnet. Der Kosmata-Creme ist völlig reizlos und läßt sich infolge der sehr feinen und gleichmäßigen Verteilung des Fettes leicht und vollständig in die Haut einreiben. Zur Verwendung kommen nur erstklassige Rohprodukte. In seiner Wirkung und Art läßt sich das Präparat mit der neutralen Seife vergleichen. In der Säuglingsbehandlung wird er am besten nach dem Trockenlegen in die Haut gerieben, bevor die Puderung erfolgt. Auch bei Erwachsenen wird das Mittel zweckmäßig überall da Anwendung finden, wo eine milde, reizlose, möglichst indifferente Salbe angezeigt erscheint.

Panchelidon (D.R.P. Nr. 206083) enthält sämtliche Alkaloide und Säuren aus dem Schöllkraut, Chelidonium majus L., in haltbarer Form. Das Schöllkraut ist in der Volksmedizin ein sehr angesehenes und beliebtes Heilmittel. Panchelidon wird von der herstellenden Fabrik, Apotheker B. Schumacher in Jüchen (Rhld.), als Spezifikum bei Leber- und Gallenleiden empfohlen; es wirkt ferner auch schmerzstillend bei Magen- und Darmschmerzen, führt eine beschleunigte Bewegung der Säfte im Pfortadergebiet herbei und wirkt diuretisch. Man gibt 3—5mal täglich 20 bis 50 Tropfen.

VI. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Lehrstuhl für Laryngologie wurde in ein etatsmäßiges Ordinariat verwandelt. Geh. Med.-Rat Prof. Killian war bisher nur persönlicher Ordinarius.

Prof. van den Velden wurde zum leitenden Arzt der inneren, Dr. von Rothe zum leitenden Arzt der chirurgischen Abteilung des neu errichteten Krankenhauses in Berlin-Wilmersdorf ernannt.

Zum Oberarzt an der Irrenanstalt Dalldorf wurde Dr. L. Schayer gewählt.

Göttingen. Zu ordentlichen Professoren wurden ernannt die Extraordinarien Dr. Max Voit, Abteilungsvorsteher am anatomischen Institut, und Dr. Erhard Riecke, Direktor der Universitätspoliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Düsseldorf. Prof. Dr. Fromme, Leiter des hiesigen bakteriologischen Instituts, wurde zum Stadtarzt in Witten a. d. Ruhr ernannt.

Tübingen. Dem Privatdozenten und 1. Assistenten am pathologisch-anatomischen Institut, Dr. John Miller, wurde der Titel eines außerordentlichen Professors verliehen.

Zürich. Der Professor der Hygiene an der hiesigen technischen Hochschule, Roth, tritt vom Lehramt zurück, sein Nachfolger wird Privatdozent von Gonzenbach.

Lemberg. Der bekannte Chirurg Prof. Dr. Rydygier (Ruediger), Vorstand der hiesigen chirurgischen Klinik, ist im Alter von 70 Jahren gestorben. R. war in Dossoczyn (Westpreußen) geboren und erhielt seine Ausbildung als Chirurg in Greifswald als Assistent von Hueter, vorübergehend war er Privatdozent in Jena, 1887 wurde er Ordinarius in Krakau, 1897 in Lemberg.

Verschiedenes.

Die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder ladet zu einem Wettbewerb ein für Entwürfe zu einem Volksbade für eine Stadt von 10000 bis 15000 Einwohnern, das keine eigene Wärmequelle besitzt, sondern seinen gesamten Wärmebedarf aus anderorts überschüssiger Abwärme bezieht und dessen einfacher Bau und Betrieb bei völliger Sicherheit so billig wie möglich eingerichtet ist. Es sind vier Preise von 1500, 1000, 500 und 300 Mark ausgesetzt. Die besonderen Bedingungen des Wettbewerbs sind von der Geschäftsstelle, Berlin W, Kurfürstenstr. 81, gegen portofreie Einsendung von 4 Mark zu beziehen. Hh.

Bologna. Das orthopädische Institut Rizzoli schreibt den Preis Umberto I (3500 Lire) „für das beste Werk oder die beste Erfindung auf orthopädischem Gebiet", aus. An diesem Wettbewerb können italienische und ausländische Aerzte teilnehmen. Die näheren Bestimmungen werden auf Wunsch zugeschickt. Bewerber haben sich beim Vorsitzenden des Instituts Rizzoli, G. Zanardi, in Bologna zu melden. Der Wettbewerb wird am 31. Dezember 1920 geschlossen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO16, Cöpenicker Straße 114.


Die neue Rücklauf-Spritze
Sanabo
D.R.P. No 289184
Für Blasen-, Darm- und
Harnleiden
In Krankenhäusern und Kliniken sowie in der Privatpraxis vieler Aerzte bestens bewährt. Empfohlen von ersten Autoritäten.
Erhältlich in einschläg. Geschäften oder direkt durch:
Sanabo G. m. b. H. Berlin W, Bülowstr. 12.
Prospekte. Literatur.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Copenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 7. August 1920 | No. 32

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung



BABY-CREME
„Kosmata"
FEINSTES
SPEZIALERZEUGNIS
FÜR DIE
KINDERHAUT.
REIZLOS-MILDE
ERSTKLASSIGE AUFMACHUNG!
BINDER & KETELS
HAMBURG-BERLIN
ZENTRALVERKAUFSKONTOR:
HAMBURG 23.

89. Jahrgang | Berlin, 7. August 1920 | No. 32

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber die Beurteilung und Behandlung der Kreislaufstörungen im Kriege.

Von Prof. Dr. med. **A. Strubell**-Dresden.

(Schluß.)

Immerhin ist diese Ausnahme von der Regel eine solche, die doch ihre Erklärung in der völligen Veränderung des atmosphärischen Druckes, der Lebensweise etc. findet, während das gleiche völlig analoge Phänomen an einem aus der Tiefebene von Flandern zurückkehrenden Schützengrabenkämpfer keine solche Deutungen zuläßt, es ist vielmehr nötig, die ständige psychologische nervöse Ueberreizung bei solchen Patienten als das einzig mögliche ätiologische Moment heranzuziehen, das auch noch eine ganze Zeit in der Heimat fortwirkt, während es der Behandlung mit milden hydriatischen, elektrischen und mechanischen Prozeduren (Wechselstrombädern und Massagen) allmählich gelingt, den Reizzustand am Herzen auszugleichen, was sich sowohl an dem Verhalten des Elektrokardiogramms (Herabgehen der Zacken), wie auch an der Energometerkurve unzweifelhaft erkennen läßt. Aber nicht nur in der Form einer Reizungserscheinung präsentiert sich die Einwirkung der feldmäßigen Erregung auf das Herz auch in dem deutlichen Sinne einer Herabsetzung der eigentlichen Herzfunktion. Wir haben im Frieden die Diagnose: nervöse oder neuromuskuläre Herzinsufficienz wohl nicht selten mit dem Gefühle inneren Unbehagens gestellt, nämlich in dem Gefühle, daß diese Diagnose doch eigentlich nicht Fisch und Fleisch sei, indem eben nur bei Herabsetzung der Muskelleistung des Herzens von Insufficienz gesprochen werden dürfe, während bei den eigentlichen nervösen Zuständen eine Insufficienz nicht besteht. Jetzt aber im Kriege drängte sich dieses früher verpönte Wort: neuromuskuläre Herzinsufficienz mir so und so oft in die Feder, wenn es sich darum handelte, den Zustand irgendeines Frontkämpfers zu charakterisieren, der unzweifelhaft Zeichen eigentlicher Herzinsufficienz: Dyspnoe bei geringsten Anstrengungen, auch eine mäßige Dilatation des Herzens bei erregter Herztätigkeit aufwies und bei dem es dennoch über allem Zweifel erhaben feststand, daß der Herzzustand bei weitem mehr den seelisch nervösen Erschütterungen, als einer wirklichen, im Felde erlittenen körperlichen Ueberanstrengung oder einer im Gefolge einer Infektionskrankheit aufgetretenen Myocarditis seinen Ursprung verdankte. Es haben es ja auch nicht nur die Frontkämpfer, es hat auch die Heimat an ihrem Leibe erfahren, was seelische Erschütterungen nicht nur dem Nervensystem selber, sondern auch dem nervenreichsten Organ nächst dem Gehirn, dem Herzen, schaden, so daß, wie schon gesagt, die früher verpönte Diagnose heute ganz natürlich erscheint. Während also die nervös-muskulären Zustände im Herzen neben auf eigentliche infektiöse Ursachen zurückzuführenden Myocarditen und ihren Folgeerscheinungen im Vordergrund des Interesses standen und die eigentlichen, auf Ueberanstrengung zurückzuführenden akuten, sowie die auf reine Abnutzung zurückzuführenden chronischen Erkrankungen in den Hintergrund drängten, kamen natürlich auch gelegentlich interessante und seltene Reizleitungsstörungen zur Beobachtung, die mehr dem diagnostischen Feinschmecker als dem Therapeuten Freude bereiteten. So habe ich in der allerletzten Zeit einen sehr schönen Fall von partiellem Herzblock beobachten und elektrokardiographisch analysieren können, bei dem auf eine richtige Herzaktion mit allen Zacken — Vorhofzacke, Initial- und Finalschwankung — des Elektrokardiogramms nach der normalen Pause eine Vorhofszacke folgte und dieser wieder nach einer weiteren Pause eine neue Vorhofszacke mit vollständiger Herzkontraktion und in vollster Regelmäßigkeit. Es kamen auf diese Weise 33 Herzschläge in der Minute zustande, deren Beobachtung auf dem Röntgenschirm besonders interessant war wegen der seltenen, aber machtvollen Kontraktion des Herzens, während die allein auftretende, elektrokardiographisch beobachtete, infolge von partiellem Herzblock nicht zur Ventrikelkontraktion führende Vorhofszusammenziehung sich weder röntgenoskopisch noch auskultatorisch feststellen ließ. Dem Manne war im Felde plötzlich sehr schwindlig geworden, und er war umgefallen und dann ins Lazarett gebracht worden. Von dort wurde er von einem Lazarett zum anderen verschoben und schließlich, nachdem er diagnostisch reichlich begutachtet war, aus dem Militärdienst entlassen. Er kam zu mir durch die freundliche Ueberweisung des Kollegen Dr. Meyer in Höckendorf. Irgendeine ätiologische Aufklärung des Zustandes konnte ich nicht erhalten. Injektionen von Atropin änderten an der Schlagfolge nichts, ebensowenig wurde bisher durch Behandlung mit Massage und Wechselstrombädern eine Aenderung des übrigens recht erträglichen klinischen Zustandes bewirkt.

Nun zur Therapie, meine Herren. Es erübrigt sich, über den Mangel an Therapie noch Worte zu verlieren, der aus Mangel an technischen Hilfsmitteln in Erscheinung trat. Was unsere früheren bewährten balneologischen Applikationen anlangt, besonders das so gut dosierbare Wechselstrombad, so mußten sie bei dem meist eben doch noch jugendlichen und wenn auch seelisch erschütterten, aber doch noch nicht verbrauchten Krankenmaterial naturgemäß verhältnismäßig sehr günstige therapeutische Resultate ergeben. Was das Wechselstrombad anlangt, dessen Theorie ja in meiner Monographie über diesen Gegenstand zum ersten Male wissenschaftlich gründlich auf der Basis des Experiments, wie es

der Schule meines Lehrers Professor von Basch's entstammt, aufgestellt und nachgewiesen worden ist, so wissen Sie auch aus meinen Erörterungen über diesen Gegenstand, die den Inhalt meines Referates auf dem 34. Balneologenkongresse hier in Berlin 1913 bildeten, daß im Gegensatz zu der früheren Meinung, wonach des Wechselstrombad Blutdrucksteigerungen verursache, mit der von mir verwendeten Technik sich in 80 % der Fälle, auch die von pathologisch veränderten Gefäßtonus eingerechnet, eine Herabsetzung des Blutdruckes erzielen läßt. Diese Blutdruckherabsetzung geht aber einher mit einer Steigerung der inneren Herzarbeit, was sich auch an der günstigen Veränderung des Elektrokardiogramms im Sinne einer Erhöhung der Finalschwankung zeigen läßt. Auffallend ist aber, daß diese günstige Veränderung der inneren Herzarbeit durchaus nicht Hand in Hand gehen muß mit der Steigerung der Herzanstrengung nach von Basch, wie ich aus energometrischen Kurven mit Bestimmtheit nachweisen kann. Vielmehr fällt es auf, daß die Applikation von Wechselstrombädern tatsächlich bei richtiger Anwendung d. h. bei der von mir vorgeschlagenen Technik, auch die Herzanstrengung, gemessen an der Energometerkurve, herabsetzt. In diesem Sinne brauchen wir auch bei den von mir erwähnten Zuständen von psychogener Erregung des Herzens mit den oft kolossalen Ausschlägen am Elektrokardiogramm die Anwendung des Wechselstrombades nicht nur nicht zu fürchten, sondern ich sehe in ihr die souveräne Methode für die Behandlung dieser „S c h ü t z e n g r a b e n k ä m p f e r - und H a n d g r a n a t e n w e r f e r h e r z e n". Sehr interessant war es mir, daß solche Leute mit ihren hypersensiblen Zuständen den Aufenthalt in dem Hochfrequenzkasten nach d'Arsonval oft mit starkem Schwindelgefühl beantworteten, was für diejenigen unter uns interessant ist, die geneigt sind oder waren, diese Methode als eine rein suggestive aufzufassen. Daß übrigens nicht nur psychogene Herzkranke, sondern auch solche mit starken organischen Veränderungen gelegentlich Zustände von Schwindel und Oppression im Hochfrequenzkasten bekommen, habe ich an einem Bankier mit zweifelloser Koronarsklerose gesehen, der in dem Hochfrequenzkasten einfach nicht bleiben konnte. Natürlich spielt auch die Heilgymnastik eine bedeutende Rolle, der in ich in meinem neuen Institute für die physikalische Therapie der Herzkranken in Dresden einen genügend breiten Platz eingeräumt habe.

Was das Gros aller dieser Erkrankungen anlangt, so muß die Zeit, die so viele Wunden heilt, auch hier ihre Wirkung tun. Je ferner die fürchterlichen Ereignisse liegen, die solch ein Mensch im Trommelfeuer, die wir alle mehr oder minder erlebt haben, je mehr wir uns von den Erschütterungen erholen, die auch die innere politische Umwälzung und Lage verursacht hat und noch verursacht, desto eher werden auch die psychogenen Schädigungen des Kreislaufes nachlassen und einem normaleren Verhalten Platz machen. Aufgabe der Wissenschaft, Aufgabe der Therapie ist es, hier bessernd, mildernd, heilend einzugreifen, und so begrüße ich es denn auch aus vollem Herzen, wenn sich hier die Männer der balneologischen Disziplin wieder zusammengefunden haben und in ihren Beratungen, Vorträgen und Diskussionen sich unter dem Zeichen einigen, das uns niemand, auch nicht unsere Feinde in diesem männermordenden Kriege und mit diesem Friedensschlusse haben rauben können, unter dem Zeichen des G e i s t e s und der F o r s c h u n g.

Die Mechanotherapie im Rahmen der Kurortbehandlung.

Von Dr. **Max Hirsch**, Arzt in Charlottenburg.

Die wissenschaftliche Erforschung der Einwirkung von Heilquellen auf den Organismus ließ das vielfach so leicht und ohne jede Kritik hingeworfene Wort, es sei gleichgültig, in welches Bad der Kranke reise, es käme ja nur auf die Ausspannung und Aenderung des Milieus an, zuschanden werden. Je mehr die Wissenschaft in der Balneologie an Boden gewann, um so schärfer grenzten sich die Indikationen für die einzelnen Bäder ab. So ist es gekommen, daß man mit dem Namen gewisser Bäder von Ruf fast automatisch seine Heilanzeige verbindet: bei Herzkrankheiten denkt man an Nauheim, bei Steinbildungen an Wildungen, bei Gicht an Salzschlirf, bei Zuckerkrankheit an Neuenahr, bei Darmstörungen an Kissingen, bei Lähmungen an Oeynhausen usw. Bei dieser Spezialisierung der Indikationen für die einzelnen Bäder kam es auch natürlicherweise zu einer spezialistischen Ausbildung unter den Badeärzten, und als weitere Folge der spezialistischen Vertiefung in den Badeorten kam die Anschaffung von Spezialapparaten für die Behandlung der einzelnen Krankheiten in Aufnahme. Begnügte sich in den Zeiten einer oberflächlichen oder — sagen wir — verschwommenen Balneotherapie der Badearzt damit, einzig und allein „seine" Heilquelle anzuwenden, und galt ihm, abgesehen von akuten, interkurrenten Erkrankungen, die Anwendung eines Medikamentes, eines operativen Eingriffs oder einer sonstigen spezialistischen Maßnahme als ein Uebergriff seiner Befugnisse, die ihm der Hausarzt sicher übelgenommen hätte, der Hausarzt, dessen Gunst er sich unter keinen Umständen verscherzen durfte, so fand man nach der Spezialisierung der Kurorte und des Badearztes nichts dabei, wenn er das ganze ihm zu Gebote stehende Rüstzeug des Heilschatzes für die Behandlung seiner Kranken heranzog.

Je mehr in der modernen Behandlung die Mechanotherapie und die ihr verwandten Zweige der physikalischen Heilmethoden an Anerkennung und Beliebtheit gewannen, um so mehr lag es für den Badearzt nahe, diese Heilmethoden in den Rahmen der Kurortbehandlung einzufügen. Und Patient wie Arzt standen sich dabei nicht schlecht. Mechanotherapeutische und ähnliche, physikalische Heilmethoden müssen bei der Mehrzahl der Kranken über eine längere Zeit ausgedehnt werden, und die Zahl der Patienten ist gewiß nicht gering, die davon angenehm berührt sind, wenn sie ihre zu Hause eingeleitete medikomechanische Kur durch den Aufenthalt im Bade nicht zu unterbrechen brauchen; eine Unterbrechung könnte ja einen Stillstand, wenn nicht einen Rückschritt in der Behandlung bedeuten. Vielfach fehlt es den Patienten auch während der Ausübung ihres Berufes an der Zeit oder der Entschlußfähigkeit, sich die Zeit dazu zu nehmen, einen Bruchteil des Tages einer medikomechanischen Kur zu widmen. Diese Patienten empfinden es besonders angenehm, wenn sie während ihres Badeaufenthaltes, zu dem sie das Bedürfnis nach Ausspannung und Erholung, vielleicht auch die Mode zwingt, medikomechanische Uebungen und sonstige mechanotherapeutische Prozeduren vornehmen können. Nachdem sie aber erst deren Wert erkannt haben, siegt die Ueberzeugung von der Bedeutung der Behandlungsmethode über die Bequemlichkeit und den Mangel an Energie, und die Patienten setzen die Kur zu Hause fort. Es bedarf nur einer kurzen Erwähnung, daß Patienten aus Orten, in denen es kein medikomechanisches Institut gibt, diese Einrichtung im Kurort besonders angenehm begrüßen. All das gilt übrigens in gleicher Weise von der Massage, der Elektrotherapie, Hydrotherapie u. dgl.

Liegt neben dieser praktischen Erörterung auch eine wissenschaftliche Berechtigung dazu vor, in den Kurorten Mechanotherapie und die ihr verwandten Heilmethoden zu betreiben? Diese Frage muß unbedingt bejaht werden. Wir wissen aus der allgemeinen Therapie, daß wir mit der Kombination zweier Mittel, wenn sie im gleichen Sinne wirken, mehr erreichen, als wenn wir diese beiden Mittel getrennt anwenden. Bei der Ischias sehen wir, daß im heißen Bad so ausgiebige Bewegungen der erkrankten Extremität vorgenommen werden können, wie sie für den Kranken außerhalb des Bades nicht denkbar sind. Es sei dahingestellt, ob die Herabsetzung der Empfindlichkeit oder der Auftrieb oder was sonst die Ursache hierfür sei. Die Tatsache selbst ist hinsichtlich der Bewegungsbäder nach v. L e y d e n für die Behandlung von größter Bedeutung. In noch höherem Grade zeigt sich die Wirkung der Bewegungsbäder, wenn wir statt des gewöhnlichen Wassers Kochsalzwässer oder Moorbäder anwenden.

Bekannt ist ja auch die Duschemassage, die in französischen Bädern viel geübt wird und seit einiger Zeit auch in Aachen Anwendung findet. Durch die Dusche, noch dazu mit Thermalwasser, erreicht man eine lebhaftere Hautzirkulation, wodurch die Massage eine energischere Wirkung entfalten kann. Uebrigens stellt die Technik der Duschemassage an die Geschicklichkeit und an die Kräfte des Massierenden nicht geringe Anforderungen. Die Massage im Moorbade auszuführen, wie vorgeschlagen wurde, hat sich nicht eingeführt; sicherlich sprechen dafür nicht so sehr physiologische und therapeutische Gründe wie vielmehr das berechtigte Bestreben, die Massage durch das Auge zu kontrollieren.

Der Arzt, der von dem Wert der Oertel'schen Terrainkuren für die Behandlung der Zirkulationsorgane überzeugt ist — und das dürfte doch die Mehrzahl der Aerzte sein —, wird sicherlich diese therapeutische Maßnahme gern an klimatischen Kurorten vornehmen lassen, um die Vorteile günstiger klimatischer Faktoren mit ihr zu verbinden.

Auch wenn zwei Behandlungsmethoden aus dem Gebiete der Balneo- und Mechanotherapie nicht zeitlich ineinanderfallen, können durch die Kombination den Behandlung große Vorteile erreicht werden. Ich denke da an die Behandlung von Gelenkversteifungen auf entzündlicher Grundlage oder rheumatischer Gelenkerkrankungen mit Moorbädern, Mechanotherapie bzw. Gymnastik. Wir wissen, daß die Moorbäder imstande sind, die entzündlichen Produkte, die Ausschwitzungen, zu lockern und zu lösen, so daß sie bei der darauf folgenden Massage leichter entfernt werden können. Das so behandelte Gelenk ist bei den medikomechanischen Uebungen stärkeren Anforderungen gewachsen und bietet der aktiven und passiven Gymnastik bessere Angriffsflächen.

Ebenso werden wir bei Störungen des Bewegungsapparates infolge zentraler Lähmungen die Kräftigung der Ner-

ven durch kohlensaure Bäder auf der Basis einer Anregung oder durch Wildbäder auf der Basis einer Beruhigung als eine gute Vorbereitung für die nachfolgenden mechanotherapeutischen Maßnahmen zu schätzen wissen.

Daß mechanotherapeutische Prozeduren und Thermalsolbäder auf kranke Organe in gleichem Sinne einwirken können, lehren uns die denkwürdigen Arbeiten von Schott (Nauheim), welche sich in neuester Zeit durch die elektrokardiographischen Untersuchungen deutlich haben bestätigen lassen. Nach Schott wirken die Nauheimer Bäder auf das Herz im Sinne einer gymnastischen Uebung ein, so daß er daraus die Berechtigung herleitete, das kohlensaure Bad als eine Turnstunde für das Herz zu bezeichnen. Da nun gymnastische Uebungen auf das Herz in gleichem Sinne einwirken wie kohlensaure Solbäder, läßt er die Thermasolbäder mit bestem Erfolg mit gymnastischen Uebungen kombinieren.

Ueber die gleichsinnige Wirkung und die wesentlich gesteigerten Erfolge bei der Verbindung von Trinkkuren und Gymnastik gegen Gicht sind einige gute Arbeiten veröffentlicht worden, so in neuerer Zeit von Zimmermann (Salzschlirf).

Wir sehen, m. H., daß die Verbindung von Balneotherapie und Mechanotherapie in recht vielen Fällen dem Wohle der Kranken dient und daher die Pflege der Mechanotherapie den Kurorten nur höchst willkommen sein kann. Nur darf dabei nicht außer acht gelassen werden, daß die mechanotherapeutischen Maßnahmen sich den balneologischen Indikationen anpassen müssen und nicht etwa ihnen entgegenarbeiten. Als Unterstützungsmittel der Badekuren sind die mechanotherapeutischen und verwandten Institute im Badeort recht willkommene Erscheinungen. Keineswegs aber dürfen physikalische oder mechanotherapeutische Heilprozeduren vorgenommen werden, die der Badekur zuwiderlaufen oder sie hindern. So berichtete mir eine Patientin, sie sei in einem Kurort, in dem sie Solbäder nahm, mit einer Quarzlampe bestrahlt worden, wodurch Hautreizungen hervorgerufen wurden, die es ihr unmöglich machten, während ihres weiteren Aufenthaltes im Kurort Solbäder zu nehmen. Die Patientin war dadurch empfindlich geschädigt; der Zweck ihrer Badekur war illusorisch geworden. Quarzlampenbehandlung hätte sie auch in ihrer Heimat haben können, nicht aber die Solbäder. Ferner darf es auch nicht dazu kommen, daß mechanotherapeutische und verwandte Institute sich bemühen, die Indikationen eines Kurortes erweitern zu wollen. Diese sind einzig und allein durch die natürlichen Heilfaktoren gegeben. Durchaus unangebracht ist es aber, wenn physikalische Institute proklamieren, sie könnten die Heilwirkungen der Bäder und der Heilquellen in den Schatten stellen. Was ich Ihnen hier vorbringe, sind keine theoretischen Möglichkeiten, sondern wir haben derlei tatsächlich erlebt, besonders in der Zeit des Radiumtaumels unseligen Andenkens.

Mechanotherapeutische und andere physikalische Institute müssen sich darüber klar sein, daß sie im Kurort Gäste sind. Solange sie sich der Hausordnung ihrer Gastgeber anpassen und sich nützlich erweisen, werden sie gern gesehen sein; wenn sie aber aus dem Rahmen der Kurortbehandlung herausfallen, dann dürfen sie sich nicht wundern, wenn man in ihnen ungezogene Gäste sieht, die im Hause störend wirken und sich mißliebig machen. Dafür sollten sich aber die Mechanotherapie und ihre Verwandten zu schade sein!

II. Referate.

Innere Medizin.

Prof. Dr. W Heubner (Göttingen): **Ueber Inhalation zerstäubter Flüssigkeiten.** (Ztschr. für die gesamte experiment. Medizin, Band 10, Heft 5—6.)

In besonders eingehender Weise hat Verf. in der physiologischen Abteilung der Kaiser Wilhelm-Akademie in Berlin experimentelle Untersuchungen über diese wichtige Frage angestellt, die für die ganze Inhalationstherapie von grundlegender Bedeutung sind. Es kam ihm vor allem darauf an, die Leistungsfähigkeit transportabler Inhalations-Apparate der besten vorhandenen Typen zu umgrenzen. In seinen Untersuchungen zieht er eine scharfe Grenze zwischen der lokalen Behandlung der Bronchialschleimhaut und der Zufuhr resorptiv wirkender Mittel durch Einatmung. Dabei zeigte sich, daß die Bronchialschleimhaut ein außerordentlich hohes Resorptionsvermögen besitzt. Bei der Inhalationstherapie ist eine sorgfältige Dosierung wichtig, deren Möglichkeit durch Chlorkalziumversuche an Tieren und durch Morphiumversuche gezeigt wird. Die transportablen Apparate nach Spieß-Dräger übertreffen die Raum-Inhalatorien um ein Bedeutendes. Die optimalen Größen bei Apparaten mit 1—1,5 Atmosphären Betriebsdruck sind für die Nebelmenge 12 Liter in der Minute bei vorhandenem Sammelbeutel und 25 Liter ohne Sammelbeutel, für die Nebeldichte 30 ccm pro Liter Luft und für den mittleren Durchmesser der Nebeltröpfchen 0,005 bis 0,022 mm. Hh.

Prof. H. Quincke (Frankfurt a. M.): **Zur Behandlung der Addison'schen Krankheit.** (Therapeutische Halbmonatshefte 1920, Heft 2.)

Verfasser berichtet über zwei bemerkenswerte Fälle. Bei zwei älteren Männern aus dem Arbeiterstande (70 bzw. 65 Jahre alt), die durch Nahrungs- und Wohnungselend stark geschwächt waren und die Erscheinungen der Addison'schen Krankheit darboten, wurde durch Pflege, bessere Ernährung und durch längeren internen Gebrauch von Nebennierensubstanz (Glandulae suprarenales in Merck'schen Tabletten, 1—3 Stück täglich) allgemeine Besserung und Beseitigung der Haut- und Schleimhautpigmentierung erzielt. Verfasser nimmt an, daß hier keine schwere anatomische, sondern nur eine Funktionsstörung der Nebennieren vorgelegen hatte. Eine solche vermutet er auch bei anderen mit Addison-ähnlicher Pigmentierung einhergehenden Krankheitszuständen; vielleicht erfolgt eine Schädigung der Nebennieren durch endogen erzeugte Toxine.

Dr. Wilhelm Kaufmann (Beelitz): **Arsamon.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 30.)

Arsamon, hergestellt von der Chemischen Fabrik von Heyden-Dresden, ist eine sterile 5% Lösung von monomethylarsensaurem Natrium in kleinen Phiolen von 1 ccm zur Injektion. Es ist angezeigt bei Hautkrankheiten, kachektischen Zuständen, Neurasthenie, Chlorose und Malaria. Verf. hat an 20 aufeinanderfolgenden Tagen eine Injektion bei verschiedenen Patienten vorgenommen, und zwar in die Brust unterhalb der Klavikula zwischen der ersten und zweiten Vorderrippe abwechselnd rechts und links. Der Erfolg war durchgehends eine Besserung des Allgemeinbefindens, Zunahme des Appetits, Vermehrung des Körpergewichts und Steigerung des Haemoglobingehaltes im Blut. Besonders bewährt hat sich das Mittel dem Verfasser bei den Zuständen von Blutarmut und Schwäche in Begleitung der Tuberkulose bei Patienten der Lungenheilstätte Beelitz. Das Präparat ist frei von toxischen Nebenwirkungen und ruft auch keinen Knoblauchgeruch im Atem hervor. Es wird vom Verf. dem praktischen Arzt bestens empfohlen. Hh.

Dr. Richard Fibich (Birkenberg): **Ueber Gallenperitonitis ohne Perforation der Gallenblase.** (Wiener med. Wochenschr. 1920, Nr. 7.)

Verfasser berichtet über einen von ihm im Felde operierten Fall. Ein junger Leutnant erkrankte plötzlich unter den Erscheinungen einer Perforationsperitonitis. Bei der Operation fand sich in der Bauchhöhle gallig aussehende Flüssigkeit in reichlicher Menge, keine Perforation, dagegen eine vergrößerte, mit Konkrementen gefüllte, prall gespannte Gallenblase. Die vergrößerte Gallenblase wurde subperitoneal in toto exstirpiert, sie enthielt gegen 50 Gallensteine. Der weitere Verlauf war gut; die Wunde heilte per primam. Nachträglich wurde ermittelt, daß der Patient schon früher längere Zeit an Schmerzanfällen im Epigastrium gelitten hatte. Der Fall gehört in die Gruppe von Peritonitiden, die in den Gallenwegen ihren Ursprung haben, ohne daß eine deutliche Perforation aufzufinden ist. Nach Verfasser hat man zu unterscheiden zwischen einer aus Pericholezystitis entstandenen Peritonitis, die durch bloße Durchwanderung von Bakterien ohne Perforation entstehen kann und ziemlich häufig ist, und zwischen ausgesprochen galliger Peritonitis, bei welcher die im Bauche angesammelte Flüssigkeit sowohl der Farbe wie dem Geruch nach nachweisbar Galle ist, ohne daß die Gallenblase oder sonstigen Gallenwege perforiert sind.

Prof. W. H. Hoffmann (Marine-Oberstabsarzt a. D. in Wilhelmshaven): **Gelbfieber, die neueste Spirochätenkrankheit.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 7.)

Verfasser gibt einen Ueberblick über die neuesten Forschungsergebnisse bezüglich des Gelbfiebers. Bisher war nur bekannt, daß die Krankheit durch eine Mücke, die Stegomyia calopus, übertragen wird. Durch die hierauf gegründeten Maßnahmen gelang es den amerikanischen Gesundheitsbehörden, das Gelbfieber überall an den schlimmsten Seuchenherden zum Verschwinden zu bringen. Nunmehr ist es dem Japaner Noguchi, Mitglied des Rockefeller-Instituts in New York, dem man die Auffindung der Spirochaeta pallida in der Gehirnrinde der Paralytiker verdankt, gelungen, auch beim Gelbfieber eine Spirochäte als Erreger nachzuweisen. Blut und Leberbrei von Erkrankten wurde, in geeigneter Weise vorbehandelt, in die Bauchhöhle von Meerschweinchen übertragen, wonach die Tiere unter Erscheinungen des Gelbfiebers erkrankten. Im Leberbrei der erkrankten Tiere, vereinzelt auch im Blut, gelang es nun, eine Spirochäte nachzuweisen, die der Spirochäte der Weil'schen Krankheit sehr ähnlich ist und den Namen Leptospira icteroides erhielt. Auch beim gelbfieberkranken Menschen gelang es unter 27 Fällen 3 mal, die Spirochäten im Blut nachzuweisen; ferner gelang einmal der Nachweis in der Leber eines am

vierten Krankheitstage verstorbenen Mannes. Die Leptospira icteroides ist ein sehr zartes, fadenförmiges Gebilde von 4—9 μ Länge und 0,2 μ Breite. Es gelang auch die Reinzüchtung der Spirochäte auf einem halbstarren Nährboden (1 Teil Kaninchenserum, 3 Teile physiol. NaCl-Lösung mit Zusatz von 0,3 Proz. neutralem Agar); mit rein gezüchteten Spirochäten wurden bei Meerschweinchen die gleichen Erscheinungen wie mit Gelbfieberblut erzeugt, mit einer Inkubation von 8 Tagen. — Was nun die Uebertragung des Gelbfiebers anlangt, so werden die Mücken beim Blutsaugen an Gelbfieberkranken durch die Spirochäten infiziert, aber nur, wenn sie innerhalb der drei ersten Krankheitstage Blut saugen. Sie können dann bei Krankheit nicht sofort auf Gesunde weiter übertragen, sondern erst nach Ablauf von mindestens 10—12 Tagen. Dann aber bleiben sie lange Zeit, bis zu 60 Tagen, infektiös und haben eine beträchtliche Lebensdauer. Deshalb kann die Krankheit im Seeverkehr durch die Mücken weithin verschleppt werden. Auf diese Weise erklären sich die früher vorgekommenen Verschleppungen des Gelbfiebers nach Europa (Spanien, Portugal, Italien).

Kinderheilkunde.

Erich **Müller** und **Margarete Brandt** (Berlin): **Zur Ernährung des Säuglings mit Fettmilch.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 13.)

In der von M. geleiteten Abteilung im Gr. Friedrich-Waisenhause der Stadt Berlin kommt seit 10 Jahren in ausgedehntem Maße bei der Säuglingsernährung Fettmilch zur Verwendung; sie wird durch Anreicherung der Kuhmilch mit Sahne hergestellt. Die neue Buttermehlnahrung von Czerny-Kleinschmidt stellt ebenfalls eine fettreiche Säuglingsnahrung dar, bei der überdies die flüchtigen Fettsäuren durch die Erhitzung der Butter beseitigt sind. Die Verfasser suchten nun die Frage zu beantworten, ob letzteres für den Erfolg von Bedeutung ist. Zu diesem Zweck stellten sie eine „Sahne-Milch" her, die in ihrem Brennwert der Buttermehlnahrung etwa gleich ist; diese Milch besteht aus 200 g Kuhmilch, 200 g Sahne, 600 g Wasser, 42 g Mehl (geröstet), 30 g Zucker. Sie ersetzten nun bei Säuglingen, die eine Zeitlang mit Buttermehlnahrung ernährt worden waren, letztere durch diese Sahne-Milch und fanden keine Unterschiede in den Ernährungserfolgen. Die Entfernung der flüchtigen Fettsäure scheint also nicht von Bedeutung zu sein. Die Erfolge der B.-M.-N. beruhen auf ihrem hohen Fettgehalt. Ein gewisser Vorzug der Buttermehlnahrung besteht darin, daß sie in jedem Privathaushalt leicht herzustellen ist, auch unter den heutigen Verhältnissen, weil besonders in den Städten Buttermilch leichter zu beschaffen ist als Sahne. L.

Prof. Dr. **H. Aron** und Dr. **S. Samelson** (Breslau): **Mohrrübenextrakt in der Säuglingsernährung.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 28.)

Aron konnte im Tierversuch zeigen, daß für die Ernährung des wachsenden Organismus neben Eiweiß, Fett, Kohlehydraten und Mineralstoffen gewisse Extraktstoffe von ausschlaggebender Bedeutung sein können. Die Extraktstoffe spielen als eine Gruppe der „akzessorischen Nährstoffe" bei der Ernährung des Säuglings und jungen Kindes eine bedeutsame, bisher aber noch viel zu wenig gewürdigte Rolle. Bei geringem Extraktstoffgehalt der Nahrung vermögen Kinder wohl einige Zeit ganz gut zu gedeihen. Dann aber stellen sich bald Störungen ein, und zwar in der Hauptsache mangelnde Gewichtszunahme. Rein empirisch haben wir diese Extraktstoffe schon lange in Anwendung gebracht, wenn wir nämlich den Kindern eine Beikost oder gemischte Kost gereicht haben. Systematisch sind sie aber bis jetzt nicht in Anwendung gekommen. Nach günstigen Erfahrungen am Tierexperiment mit Mohrrübenextrakt wird dieses nach Angaben von Aron von den Chemischen Werken Rudolstadt fabrikmäßig hergestellt. Bei ausreichender Milchnahrung und ungenügender Gewichtszunahme wurden täglich 5—10—15 ccm Mohrrübenextrakt den Milchmischungen auf den Tag verteilt zugesetzt. Der Zusatz wurde gut vertragen und von den Kindern gern genommen. Die klinischen Untersuchungen und Beobachtungen der Verfasser bestätigten die günstigen Erfahrungen der Tierversuche vollkommen. Hh.

Orthopädie.

Dr. **W. Seele** (Bochum): **Ueber mediko-mechanische Behandlung der Frakturen im Krankenhause Bergmannsheil.** (Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungswesen 1920, Heft 6.)

Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Frakturen liegt darin, daß nach Hoffa in Deutschland $^2/_3$ aller Unfallrenten auf Frakturen entfallen. Im Vordergrund der Behandlung steht die Beseitigung der durch die Fraktur hervorgerufenen funktionellen Schädigung. Schon das Oedem kann als Folge einer Fraktur unter Umständen die Erwerbsfähigkeit stark einschränken. Sichtbarer ist als Folge von Frakturen die Schrumpfung der elastischen Gewebe, namentlich der Sehnen und Muskeln sowie von Verwachsungen der Sehnen mit den Sehnenscheiden. Dazu kann es durch Ruhigstellung des frakturierten Gliedes leicht kommen. Alle diese Schädigungen sind oft die Folge unzweckmäßig eingeleiteter Therapie und verlangen mediko-mechanische Nachbehandlung in Verbindung mit Massage, Bierscher Heißluftbehandlung, Elektrotherapie.

Frakturen, die keine Dislokation und keine Tendenz dazu zeigen, bedürfen in der Therapie keiner Fixation oder Extension. Bei der Bewegungstherapie empfiehlt es sich, täglich zwei Behandlungssitzungen vorzunehmen und die einzelne Sitzung nicht über 10 bis höchstens 15 Minuten auszudehnen. Hinsichtlich der Art und Intensität der Therapie ist auf die Konsolidierungsverhältnisse die größte Rücksicht zu nehmen. Schienen sind möglichst frühzeitig zu entfernen. Während der Extensionsbehandlung des frakturierten Oberschenkels muß man schon eine teilweise Versteifung des Kniegelenkes mit in den Kauf nehmen. Die mediko-mechanische Behandlung übt auf die Konsolidierung schlecht heilender Frakturen insofern einen günstigen Einfluß aus, als sie gute Ernährungsbedingungen und ausgiebige Durchblutungen der Frakturstelle schafft. Hh.

Dr. **F. Duncker** (Brandenburg a. H.): **Ueber Federextensionsschienen für Finger-, Hand- und Unterarmbrüche.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 28.)

Die Federextensionsschienen, hergestellt von der Firma B. Braun in Melsungen, haben den Vorzug, daß sie nicht für jeden Fall einzeln gebogen werden müssen, sondern immer gebrauchsfertig sind, von leichtem Gewicht und von steter Spannkraft. Die Schienen für Finger- und Mittelhandknochenbrüche bestehen aus einem gut gepolsterten festen Teil in der Handgelenksgegend und einem nach vorn zu sich verjüngenden federnden Teil. Bei der Schiene für Unterarm- und Ellenbogengelenksbrüche ist der feste Teil im Ellenbogengelenk rechtwinklig gebeugt und der federnde Bügel größer und stärker gehalten. Die Schienen sind außerordentlich praktisch, der Preis recht mäßig gehalten. Hh.

Augenheilkunde.

Prof. **J. Meller** (Wien): **Ueber das Verhältnis der Neuritis retrobulbaris zur Nasenhöhle in ätiologischer und therapeutischer Hinsicht.** (Wiener klin. Wochenschrift 1920, Nr. 10.)

Die ätiologische Bedeutung der Erkrankungen der Nase und besonders ihrer Nebenhöhlen für die retrobulbäre Sehnervenentzündung ist gegenwärtig mehr und mehr anerkannt. Verfasser steht deshalb auf dem Standpunkt, daß in allen Fällen von retrobulbärer Neuritis des Sehnerven, in denen keine andere Ursache (multiple Sklerose, Intoxikation) nachgewiesen ist, eine sorgfältige Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen durch einen Rhinologen zu erfolgen hat. Finden sich dabei Veränderungen, so müssen sie selbstverständlich behandelt werden. Aber selbst wenn die rhinologische Untersuchung scheinbar einen normalen Befund ergibt, soll man nach Verfasser vor einer Eröffnung der Nebenhöhlen nicht zurückschrecken, da manchmal doch Veränderungen vorliegen, und ev. die erkrankte Schleimhaut auskratzen. Eine Probeeröffnung der Nasennebenhöhlen hat in diesen Fällen die gleiche Berechtigung wie eine Probelaparotomie bei dunklen Affektionen in der Bauchhöhle. Dieser Standpunkt hat um so mehr Berechtigung, als Optikuserkrankungen auch infolge von nicht oder wenig eiternden Nebenhöhlenaffektionen auftreten können, und da gerade die Verdickung der Schleimhaut mit geringer oder mangelnder Eiterbildung die meiste Gefahr für den Sehnerven bildet. Die Erfahrung hat in der Tat gezeigt, daß der operative Eingriff auch bei makroskopisch normalem Nebenhöhlenbefund in Fällen von Neuritis retrobulbaris, die jeder anderen Behandlung getrotzt haben, häufig eine sofortige Besserung des Sehvermögens herbeiführt.

Dr. **Zaniboni** (Brünn): **Neuritis optica dentalen Ursprungs.** (Wiener med. Wochenschrift 1920, Nr. 4.)

Neuerdings wurde von verschiedenen Seiten wieder auf den ätiologischen Zusammenhang zwischen Augenerkrankungen und Zahnwurzelerkrankungen hingewiesen. Als Beitrag hierzu berichtet Verfasser über einen von ihm beobachteten Fall. Ein 32jähriger Feldwebel erkrankte an einer rechtsseitigen Neuritis optica. Lues oder sonstige ursächliche Erkrankungen (Nase, Ohr, Nebenhöhlen) waren nicht nachzuweisen. Jedoch fand sich entsprechend dem rechten oberen zweiten Prämolaris eine kleine schwarze Wurzel mit leichter Schwellung der Umgebung. Die Wurzel wurde entfernt, wobei sich einige Tropfen Eiter entleerten. Schon am nächsten Tag war Rückgang der subjektiven und objektiven Erscheinungen am rechten Auge festzustellen; nach 10 Tagen betrug die Sehschärfe des Auges $^6/_8$. Aus äußeren Gründen war eine weitere Beobachtung nicht möglich. Nach Verfasser ist ein enger Zusammenhang zwischen der Neuritis optica und der Alveolarpyorrhöe anzunehmen.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dr. **Rudolf Salomon** (Gießen): **Die heutige Behandlung des fieberhaften Aborts.** (Fortschr. d. Medizin 1920 Nr. 11/12.)

Verf. ist auf Grund seiner Erfahrungen in der Gießener Universitäts-Frauenklinik der Ansicht, daß beim fieberhaften Abort die sofortige Ausräumung nur dann vorgenommen werden darf, wenn eine lebenbedrohende Blutung vorliegt. Sonst ist streng exspektative Behandlung unter Darreichung von Sekalepräparaten am Platze, bis nach wenigen Tagen die Entfieberung eintritt. Dann kann man eine digitale Ausräumung vornehmen und gegebenenfalls auch die stumpfe Kurette in Anwendung bringen. rs.

Dr. **W. Momm** (Bad Nauheim): **Beeinflussung der Amenorrhoe durch Röntgenstrahlen.** (Med. Klin. 1920, Nr. 26.)

Die Reizwirkung, welche kleine Röntgendosen ausüben, veranlaßte den Verf., in der Freiburger Frauenklinik die Amenorrhoe mit kleinen Röntgendosen zu behandeln. In einigen Fällen wurden ganz auffallend gute Erfolge erzielt, so daß es sich empfiehlt, das Verfahren noch eingehender zu prüfen. Hh.

Prof. **H. Boruttau** (Berlin): **Siccostypt, ein Präparat aus Hirtentäschelkraut.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 8.)

Extrakte aus dem Hirtentäschelkraut, Capsella Bursa Pastoris, sind neuerdings als Ersatz der Secale- und Hydrastispräparate dargestellt worden (vergl. das Referat über die Arbeit von Grimme, S. 43 d. Jahrg.). Es gelang nun Verfasser in der Tat, durch pharmakologische Untersuchung sicherzustellen, daß mehrere der wirksamen Bestandteile des Mutterkorns auch im Hirtentäschelkraut enthalten sind. Ein auf Grund dieser Untersuchungen hergestelltes Fluidextrakt aus dem Hirtentäschelkraut, welches chemisch und pharmakodynamisch dauernd auf seinen Wirkungswert kontrolliert wird, gelangt unter der Bezeichnung S i c c o s t y p t in den Handel. Seine hämostyptische Wirkung bei Menorrhagien und Metrorrhagien, bei Blutungen des Intestinaltrakts und Hämoptoë wurde durch klinische Beobachtungen im städtischen Krankenhaus im Friedrichshain, sowie in der Frauenklinik von Prof. P. S t r a ß m a n n erprobt.

Strahlenbehandlung.

Dr. **Robert Lenk** (Wien): **Röntgenbehandlung der Epilepsie, Nachprüfung derselben.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 25.)

Von 5 Fällen von Epilepsie zeigten 4 auf die ersten Bestrahlungen zunächst eine wesentliche Besserung; bei weiterer Behandlung jedoch trat in sämtlichen Fällen eine ausgesprochene Verschlimmerung des Zustandes ein. Die Ursache der Verschlimmerung ließ sich nicht so ohne weiteres feststellen. Eine Schädigung der normalen Nervensubstanz durch therapeutische Strahlendosen erscheint wegen ihrer geringen Radiosensibilität sehr unwahrscheinlich. Beim Tierexperiment wurde durch einige Autoren auch bei sehr großen Dosen keine Veränderung der Nervensubstanz festgestellt, von anderen dagegen wurden klinische Einwirkungen und histologische Veränderungen nachgewiesen. Eine eingehende Untersuchung zeigte unter der Einwirkung von Röntgenstrahlen Zeichen eines gesteigerten Hirndrucks mit Hyperämie und Blutungen in den Meningen und den Hirnsubstanz. Hh.

Prof. Dr. **H. Schlecht**: **Die Röntgentiefentherapie in der inneren Medizin.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 28.)

Die Röntgenbehandlung, insbesondere die Röntgentiefentherapie, hat auf dem Gebiete der Gynäkologie in der Karzinom- und Sarkombehandlung so große Fortschritte gemacht, daß es nur ganz natürlich ist, wenn die innere Medizin sich in der Behandlung der Geschwülste an die gynäkologischen Erfahrungen anlehnt. Bei den übrigen Erkrankungen auf dem Gebiet der inneren Medizin, die Gegenstand der Röntgenbehandlung geworden sind, kommt es vor allen Dingen auf eine sehr vorsichtige Dosierung an. Als Prinzip muß aufgestellt werden, genügend, aber nicht zu viel Röntgenenergie anzuwenden. Verschiedene Formen der Leukämie werden in ihrem akuten Stadium von der Röntgentherapie nicht beeinflußt; dagegen sind ihre chronischen Formen äußerst dankbare Objekte der Röntgenbestrahlung; aber bei der Bestrahlung der Milz und der Drüsen ist das Augenmerk sorgfältig darauf zu richten, daß sowohl die Milz wie auch die Drüsen sich nur langsam und allmählich verkleinern und auch die Leukozytenzahl nicht zu schnell abnimmt. Bei der Behandlung der Tuberkulose hat sich die Kombination von Röntgentherapie mit künstlicher Höhensonne ausgezeichnet bewährt, und zwar bei der Lungentuberkulose, der kindlichen Hilustuberkulose und der Drüsentuberkulose. Auch hier ist auf eine Vermeidung der Ueberdosierung streng zu achten. Bei der Basedowschen Krankheit ist durch die Röntgentherapie zwar keine Heilung, aber eine recht beträchtliche Besserung zu erzielen. Hh.

Privatdozent Dr. **Alexander Lorey** (Hamburg): **Ueber den Wert des Röntgenverfahrens bei abgesackten Pleuraergüssen.** (Fortschr. d. Med. 1920, Nr. 11/12.)

Die Röntgenuntersuchung ist imstande, versteckte abgesackte Pleuraergüsse erkennen zu lassen, besonders wenn sie im Interlobärspalt oder an der Lungenbasis sitzen, wo sie der Auskultation und Perkussion nicht zugängig sind. Die abgesackten Exsudate sind im Röntgenbild durch einen gleichmäßig tiefen Schatten gekennzeichnet, der sich mit scharfer Grenzlinie gegen das Lungengewebe absetzt. Eine sorgfältig vorgenommene Probepunktion kommt dann zur Sicherung der Diagnose in Frage. An der Hand einiger sehr interessanter und instruktiver Röntgenaufnahmen erläutert Verf. die Diagnosenstellung seltener abgesackter Pleuraergüsse, die ohne Röntgenaufnahme wohl kaum möglich gewesen wäre. Hh.

Privatdozent Dr. **Otto Jüngling** (Tübingen): **Gibt es in der Röntgentherapie eine einheitliche Karzinomdosis?** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 24.)

Verf. zeigt an der Hand zahlreicher Beobachtungen, daß von einer einheitlichen Karzinomdosis in der Röntgentherapie keine Rede sein kann. Er kommt daher zu dem zwingenden Schluß, daß man den Ausdruck „Karzinomdosis" lieber nicht anwenden soll, da er irreführend wirken und unter Umständen auch Schaden anrichten kann. Dasselbe gilt übrigens auch, vielleicht in noch höherem Grade, von der Sarkomdosis, einem Ausdruck, der auch ausgemerzt zu werden verdient. Hh.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

S i t z u n g d e r p ä d i a t r i s c h e n S e k t i o n vom 12. VII. 20.

(Eigenber. d. Allg. med. Centr.-Ztg.)

Vorsitz: Herr F i n k e l s t e i n.

Tagesordnung:

Fortsetzung des Referates der Herren **Hamburger** und **Grünfelder: „Die infektiösen Darmerkrankungen im Kindesalter."**

Herr G r ü n f e l d e r: Wir wissen jetzt, daß im Kindesalter primäre Darm-Infektionen selten vorkommen; meist handelt es sich vielmehr um alimentär oder parenteral entstandene Erkrankungen.

Zu den letzteren gehören die Gastroenteritiden bei akuten Infekten, die gerade bei Kindern besonders häufig und besonders schwer auftreten; namentlich der Grippe kommen mehrere klinischen Typen zu. Die Grundlage dieser parenteralen Infekte ist die hämatogen-toxische Einwirkung auf den Verdauungskanal. Daneben sind alimentäre Einflüsse und sekundäre Infektionen von Belang.

Von den primären Darminfekten ist die Ruhr der häufigste; sie verläuft entweder enteritisch oder choleriform. Da die Durchfälle oft keinen spezifischen Eindruck machen, kommt es leicht zu Fehldiagnosen; der Verlauf ist bei Kindern auffallend frei von Komplikationen. Nicht ganz so oft kommt der Paratyphus vor, der nur bakteriologisch-serologisch von der Ruhr zu trennen ist. Sehr selten ist bei Kindern echter Typhus.

Auf der Finkelstein'schen Abteilung erzielt man therapeutisch mit polyvalenter Coli-Vakzine gute Erfolge bei Paratyphus, nicht ganz so gute, aber zufriedenstellende bei Ruhr.

Aussprache:

Herr L. F. M e y e r: Es gibt eine Form der Ruhr, die jeder Behandlung Hohn spricht. Choleriforme Erkrankungen verlaufen mit Untertemperatur und Bradykardie. Die Ruhr kommt nur im Sommer vor.

Herr E c k e r t sah in China auch im Winter starke hämorrhagisch-eitrige Diarrhöen; ob es Dysenterie war, weiß er freilich nicht.

Herr N i e m a n n: Bei parenteralen Infektionen kommt es auf die Art der Infektion an, ob Darmstörungen vorkommen oder nicht.

Herr S o l d i n: Ruhr kommt nur im Sommer vor. Oft zeigen die Kinder dabei pyelitische Erscheinungen.

Herr C a s s e l fand gerade nie Pyelitis-Symptome bei Darmkatarrhen.

Ein Beitrag zur Frage des Eiweißnährschadens.

Herr N a s s a u: Besteht die Möglichkeit einer chronischen Eiweißschädigung? Diese Frage ist bisher nicht geklärt. In einer großen Zahl von Versuchen gelang es nun Vortr. durch große Eiweißzulagen in den Milchmischungen langdauernde Gewichtsstillstände unter dem Einfluß der üblichen Milchverdünnungen und der Eiweißmilch in langdauernde Gewichtsverbesserung und Wohlbefinden umzukehren. Er erhöht das Eiweißquantum auf das 3—4fache der Norm. Dem Eiweiß kommt also ein Anteil an dem „Eiweißnährschaden" nicht zu.

Auch ein Faulnährschaden kommt nicht vor; das beweisen Untersuchungen über das Auftreten von Indikan beim ge-

sunden und kranken Kinde bei eiweißreicher Kost. Nur wenn eine schwere, akute Ernährungsstörung vorliegt, mögen Eiweißderivate in den Stoffwechsel übergehen und dort Schaden anrichten. Mode.

IV. Bücherschau.

Leitfaden der Kinderheilkunde. Für Studierende und Aerzte. Von Dr. **Walter Birk,** Professor der Kinderheilkunde an der Universität Tübingen. Erster Teil: **Säuglingskrankheiten.** Vierte verbesserte Auflage (7. bis 9. Tausend). Mit 25 Abbildungen im Text. Bonn 1920. A. Marcus u. E. Webers Verlag (Dr. jur. Albert Ahn).

Der erste Teil des angezeigten Werkes, — die bisher selbständig erschienenen Säuglingskrankheiten, liegt jetzt in vierter Auflage vor —, die erste Aufage kam um die Jahreswende 1913/14, die dritte im Sommer des vorigen Jahres heraus, buchhändlerische Daten, die uns im Verein mit unseren früheren Anzeigen einer erneuten Besprechung wohl überheben. — Der zweite dem ganzen Gebiet der Kinderkrankheiten gewidmete Teil dieses Leitfadens soll, wie die Verlagsbuchhandlung mitteilt, noch im laufenden Jahre zur Ausgabe gelangen; er wird etwa den gleichen Umfang wie die Säuglingskrankheiten haben.

Deutscher Bäderkalender für Aerzte, mit einem Einführungswort von Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich (Berlin), herausgegeben vom **Schutzverein deutscher Bäder und Kurorte E. V.** 1920, Bäder-Verlag, Berlin W. 57, — 320 Seiten.

Um dem Unfug der wilden Bäderführer zu steuern, die vor dem Kriege wie Giftpilze aus der Erde schossen und durch ihre zum großen Teil wenig objektive Darstellung nur Verwirrung angerichtet haben, hat der rührige Schutzverein deutscher Bäder und Kurorte den vorliegenden Deutschen Bäderkalender für Aerzte herausgegeben. In dem einführenden Vorwort weist Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich (Berlin) auf den unbestrittenen Wert unserer Kurorte für das deutsche Vaterland hin und empfiehlt sie schon aus diesem Gesichtspunkte einer gesteigerten Beachtung. Eine Reihe von kurzen Abhandlungen unterrichtet den Arzt über das soziale Bäderwesen, dessen Bedeutung ständig zunimmt und bei dem Vorwärtsdrängen der sozialen Entwicklung unserer Zeit gerade von dem praktischen Arzt eingehend gekannt sein muß. Eine vorzügliche Anleitung zur Auswahl der Kurorte gibt wertvolle Richtlinien. Streng objektiv gehaltene Zusammenstellungen geben in kurzer und gedrängter Uebersicht dem Arzte, der sich über Kurorte unterrichten will, schnell und leicht Aufschlüsse. Die Kurorte sind alphabetisch geordnet mit Angabe der Höhe, der Kurzeit, der Kurmittel und Heilanzeigen. Nach diesen Gesichtspunkten sind auch die einzelnen Kapitel besonders bearbeitet. Privatheilanstalten, mediko-mechanische Anstalten in den Kurorten, die deutschen Bädervereine, Vergünstigungen für Aerzte in den deutschen Bädern, Mineralwasserversand, die Frage der künstlichen Salze werden in besonderen Kapiteln behandelt. Alle diese Abhandlungen haben den Vorzug, von den anerkanntesten Fachmännern bearbeitet zu sein. Ausführliche Beschreibungen der einzelnen Bäder und Sanatorien mit Abbildungen bilden eine wertvolle Ergänzung des Bäderkalenders.

Das vorliegende Buch ist in seiner Objektivität das Beste, was je auf diesem Gebiete herausgegeben wurde. Es wird dem deutschen Bäderwesen durchaus gerecht, zeigt die wissenschaftliche Bedeutung der Kurorte und die Arbeit der Badeverwaltungen und der Aerzte in den Bädern und gibt auch in einem besonderen Kapitel Merkpunkte über das segensreiche Zusammenwirken von Arzt und Kurverwaltung. Der praktische Arzt wird das Buch auf seinem Schreibtisch liegen haben als Nachschlagewerk, zu dem er gern und oft greifen wird, zumal sich das Buch vor allem peinlich fernhält von Uebertreibungen und den Auswüchsen der Reklame, die in früheren Bäderführern vielfach so abstoßend gewirkt und das Ansehen des Bäderwesens geschädigt hatten. Alles in allem: Der Deutsche Bäderkalender für Aerzte des Schutzvereins deutscher Bäder und Kurorte wird sicherlich erfüllen, was der Vorsitzende des Schutzvereins, Kurdirektor Rütten (Neuenahr) in dem Vorwort von ihm erwartet, daß er „das Band zwischen den deutschen Aerzten und den deutschen Bädern enger verknüpfen" möge. Hirsch.

Gehes Codex der Bezeichnungen von Arzneimitteln, kosmetischen Präparaten und wichtigen Produkten. Dritte Auflage. 680 Seiten. 1920. Gehe & Co. A.-G., Dresden-N.

Es ist ein außerordentlich dankenswertes Unternehmen der Firma Gehe & Co., ihren bewährten Codex nunmehr in dritter Auflage herausgegeben zu haben. Bei der enormen Fülle von Neuerscheinungen auf dem Gebiete der pharmazeutischen Chemie, die auch durch den Krieg in ihrer Tätigkeit nicht geruht hat, ist eine lückenlose Bearbeitung, wie sie in Gehes Codex vor uns liegt, nur unter den größten Anstrengungen und Opfern seitens der Firma Gehe möglich geworden. Daß die Firma Gehe mit dem Werke, das gegen 20000 Stichworte enthält, trotz Papiernot und Druckschwierigkeiten so schnell nach dem Kriege herauskommen konnte, verdient aufrichtige Bewunderung. Gehes Codex wird von der Firma zum Selbstkostenpreise vertrieben und ist den Aerzten als Nachschlagewerk dringend zu empfehlen. Hh.

V. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Leipzig. An Stelle des in den Ruhestand tretenden Prof. Albin Hoffmann wurde Prof. Rolly zum Direktor der medizinischen Universitätspoliklinik ernannt. — Als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Prof. Sattler ist Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Ernst Hertel in Aussicht genommen, der bis 1918 Ordinarius der Augenheilkunde in Straßburg war, im vorigen Jahre zum ordentlichen Honorarprofessor an der Berliner Universität ernannt und vertretungsweise mit der Leitung der Charité-Augenklinik beauftragt wurde.

Tübingen. Der Begründer und langjährige Leiter der Stuttgarter Badeanstalten Geh. Hofrat Leo v. Vetter wurde von der hiesigen medizinischen Fakultät wegen seiner Verdienste um die Volksgesundheitspflege zum Ehrendoktor ernannt.

Basel. Prof. E. S. Faust, der von dem Ordinariat für Pharmakologie in Würzburg zurückgetreten ist, habilitierte sich hier für Pharmakologie. Faust ist in Baltimore geboren (1870), hat aber seine Ausbildung außer in Baltimore an den Universitäten München und Straßburg genossen; in München wurde er 1893 Dr. phil., in Straßburg 1898 Dr. med.

Freiburg. Die hiesige medizinische Fakultät hat den Apotheker Hermann Schelenz in Kassel in Anerkennung seiner Leistungen auf dem Gebiet der Geschichte der Medizin und Pharmazie zum Ehrendoktor ernannt.

Heidelberg. Der Direktor des hiesigen zahnärztlichen Universitätsinstituts Prof. Hans Ahrens ist im Alter von 37 Jahren gestorben. Er war vor einem Jahr von München nach Heidelberg berufen worden.

Verschiedenes.

Preisausschreiben. Zur Desinfektion des Auswurfs von Tuberkulösen sind zahlreiche Verfahren versucht worden, von denen sich besonders die Desinfektion durch Hitze für den Betrieb in Krankenhäusern und Heilstätten im allgemeinen bewährt hat. Auch für die laufende Desinfektion in der Wohnung des Kranken sind einfache Verfahren zur Hitzesterilisierung angegeben worden; diese haben sich jedoch trotz mancher Vorzüge bisher ebensowenig allgemein eingebürgert, wie die zahlreichen zur Desinfektion des Auswurfs vorgeschlagenen chemischen Mittel. Teils waren die Verfahren nicht sicher wirksam, teils wurden sie für den täglichen Gebrauch als zu umständlich oder als unappetitlich empfunden. Es wird für Angabe eines neuen Verfahrens zur Desinfektion des Auswurfs von Tuberkulösen ein Preis von 3000 M. ausgesetzt. Das Verfahren soll wirksam, leicht durchführbar und billig sein und sich vor allem für die dauernde Anwendung in der Wohnung des Kranken besser als die bisher bekannten Verfahren eignen. Die Arbeiten sind mit einem Kennwort und der Bezeichnung „Preisbewerb betr. Auswurfsdesinfektion" versehen bis zum 31. März 1921 an die Geschäftsstelle des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin W. 9, Königin-Augusta-Straße 7, einzusenden.

Als „Albert-Neißer-Preis" setzt die „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" einen alle 2 Jahre am Gründungstag der Gesellschaft vom Jahre 1921 an auszahlbaren Betrag von 2000 M. für die besten im Laufe der beiden vorangegangenen Jahre erschienenen Arbeiten zum Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus, anfangend für die Jahre 1919/20. Die betreffenden Arbeiten können alle irgendwie den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten betreffenden Fragen aus medizinischem, juristischem, volkswirtschaftlichem und ethischem Bereich behandeln. Die Entscheidung über die Zuteilung des Preises erfolgt durch eine vom Ausschuß gewählte Kommission. Näheres durch die Geschäftsstelle der D. G. B. G., Berlin, Wilhelmstr. 45.

Düsseldorf. Die hiesige Akademie für prakt. Medizin veranstaltet vom 18.—23. Oktober d. J. einen Kurs der Erkrankungen des Herzens und der Gefäße und vom 25.—27. Oktober einen solchen über Tuberkulose. Vom 21. November 1920 bis 20. Februar 1921 werden Sonntagsvorlesungen über verschiedene Gebiete der Medizin nachmittags von 3—5 Uhr abgehalten. Nähere Auskunft erteilt das Sekretariat der Akademie.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 14. August 1920 | No. 33

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes



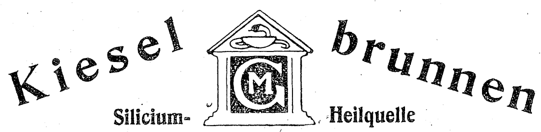


An unsere Leser!

Im Interesse einer pünktlichen Lieferung unserer Zeitung bitten wir unsere geschätzten Abonnenten, welche unsere Wochenschrift **durch die Post** zugestellt erhalten, **Beschwerden über ausgebliebene Nummern** zunächst an das **zuständige Bestellpostamt** zu richten und dort um **Nachlieferung der fehlenden Nummern** zu ersuchen.

Bleiben **diese Reklamationen erfolglos,** dann wende man sich an den unterzeichneten Verlag, der unverzüglich Abhilfe schaffen wird.

Verlag der Allgemeinen Medizinischen Central-Zeitung
Berlin W 30.



Alkalischer **Mineralbrunnen,** ausgezeichnete Wirkung auf die Atmungs- und Verdauungsorgane, Stoffwechsel fördernd.

Vorbeugend und heilend bei

Infektionskrankheiten, Lungenleiden, Magen- und Blasenkatarrhen und Nierenleiden

Prospekte durch:

Glashäger Mineralquellen G. m. b. H., Doberan i. M.



Panchelidon

(ges. gesch.)

enthält die wirksamen Bestandteile aus Chelidon. majus, in haltbarer und sicher wirkender Form nach besond. Verfahren hergestellt.

Specificum bei Cholelithiasis, Hepatitis, Icterus.

Klinisch geprüft, in der Praxis erprobt, ständig im Gebrauch.

Operationen wurden in zahlreichen Fällen vermieden.

Ohne lästige Nebenwirkung.

Preis 4,50 Mk. (30 ccm).

Laboratorium Jüchen (Rhld.) B. Schumacher, Apoth.

Großherzogin Karolinen-quelle

Heilbrunnen des Kurbades Eisenach

Kalkhaltige sulfatische Kochsalzquelle

indiziert bei:

allgem. Ernährungsstörungen; katarrh. Zuständen des Verdauungskanals und seiner Anhänge Leber, Gallenblase, Pankreas; Plethora; Exsudatbildungen in der Leibeshöhle; Nierenleiden; Stoffwechselstörungen wie Fettsucht, Gicht, harnsaure Diathese, Diabetes, Lymphatismus, Scrophulose, Rhachitis usw.; Rheuma; gewissen Frauenleiden; gewissen Neuralgien usw.

Ausführliche Literatur zur Verfügung

In Apotheken, Drogerien, Mineralwasserhandlungen usw.

Großherzogin Karolinenquelle A.-G.

Berlin W 35

Suche Arzt

monatsweise zu fahren. Elegantes Gespann. Mögl. Zentrum, Norden, Osten. **Leske,** Berlin, Norden 1329. Linienstr. 222, I.



Dr. HARTMANN'S PHOSPHANA CONCENTRIERTE PHOSPHAT-NAHRUNG

Kalk- u. Phosphathaltiges, leicht verdauliches **Kakaopräparat** zur erfolgreichen Bekämpfung aller auf **rachitischer Grundlage** beruhenden Krankheitserscheinungen.

Wirkt hervorragend ernährend!

Prospekte und Probedosen kostenlos.

Nährmittelfabrik

RICHARD HARTMANN

Chemnitz.





89. Jahrgang **Berlin, 14. August 1920** **No. 33**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber Herzarhythmien und ihre Balneotherapie.

Von Dr. **Franz Kisch**, dirigierender Hospitalarzt, Marienbad-Wien.

Aus der in den letzten Jahrzehnten recht ansehnlich gewordenen Rolle, welche der Balneotherapie bei der Behandlung chronischer Herzleiden im allgemeinen zuerkannt wird, ergibt sich auch die Zulässigkeit der Frage, in welchen Fällen von Rhythmusstörungen der Herztätigkeit balneotherapeutische Mittel mit Vorteil herangezogen werden können.

Auf den ersten Blick scheint es wohl, als hätte die Balneotherapie bei den Unregelmäßigkeiten des Herzschlages kein nennenswertes Betätigungsgebiet, als müßte alles Kurative hierbei den souveränen Herzarzneien überlassen werden. Jedennoch möchte ich unter näherem Eingehen auf die einzelnen Arten der Herzirregularitäten dahin weisen, daß auch die Balneotherapie in entsprechender Auswahl und Anwendung hier gute Erfolge zu erzielen imstande ist. Diese Annahme wird schon durch die eine Erwägung gestützt, daß die balneotherapeutischen Herzmittel in Form der Bäderanwendung ihren Einfluß doch vor allem auf dem Wege des Nerveneinwirkens entfalten, voran die Kohlensäurebäder, welche eine spezifische Reizwirkung auf die sensiblen Nervenendigungen der Haut ausüben, von denen aus die Reize reflektorisch zum Sympathikus und zum Vagus geleitet werden. Der Rhythmus des Herzschlages aber steht unter dem in ständigem Wechselspiele regulatorisch wirksamen Einflusse der beiden gewaltigen Nervengebiete des Vagus und des Sympathikus (Accelerantes). Jedwede auf diese Nerven ausgeübte Einwirkung vermag mittelbar eine Aenderung der Herzrhythmik hervorzurufen, jeder diese Nerven treffende Reiz kann mit einer Variation des Herztempos beantwortet werden. Von dem jeweils in diesen beiden Nervensystemen herrschenden Tonus, davon, welches der beiden gerade in stärkeren Reizzustand versetzt wird, hängt es ab, ob die hemmende Vagus- oder die fördernde Accelerans- (Sympathikus-) Komponente bei der resultierenden Herzaktion dann mehr in den Vordergrund rückt. Die sympathischen Geflechte treten nicht nur mittels der Accelerantes zu dem Sinusknoten und den tertiären Reizzentren des Herzens in Beziehung, sondern auch zu den Gefäßen (Art. Carotis). Eine allgemein erhöhte Reizbarkeit des sympathischen Systems kommt so auch in erhöhter vasomotorischer Erregbarkeit und in Pulsbeschleunigung zum Ausdruck. Dies tritt insbesondere bei Neurasthenie, bei Frauen in der klimakterischen Geschlechtsperiode, beim Basedow eklatant in Erscheinung. In letzteren Fällen spielt allerdings noch ein anderer Einfluß mit hinein, nämlich die innere Sekretion. Die endocrinen Drüsen nehmen mit ihren spezifischen Sekreten Einfluß auf die Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems, in förderndem wie in hemmendem Sinne. Dem vegetativen Nervensystem gehört sowohl der Sympathikus als auch der autonome Nervus vagus an. Im Klimakterium tritt eine Dysfunktion der Ovarien, beim Basedow (und überhaupt bei hyperthyreoiden Zuständen) eine solche der Thyreoidea ein. —

Rhythmusstörungen der Herztätigkeit sind erstens dort zu finden, wo eine organische Herzerkrankung vorhanden ist und klinisch im Vordergrunde steht (Herzklappenfehler mit oder ohne Kompensationsstörung, Herzmuskelerkrankungen, Aortitis, Koronarsklerose, Nephrosklerosen). Hier können sie als unmittelbare Folge der Herzschädigung an sich auftreten, oder aber durch einen anderweitig hinzukommenden Einfluß veranlaßt werden. Wenn bei einem organisch erkrankten Herzen die einzelnen, seine Funktionsfähigkeit bedingenden Komponenten (Reizbarkeit, Reizbildung, Reizleitung und Kontraktilität) bis nahe zur Grenze ihrer Leistungsmöglichkeit in Anspruch genommen werden, und sich nun der gewöhnlichen Inanspruchnahme noch eine außergewöhnliche Anforderung an die Herzleistung hinzugesellt (etwa infolge reflektorischer Nerveneinflüsse, innersekretorischer oder toxischer Wirkungen usw.), dann kann sich das geforderte Leistungsübermaß in Unregelmäßigkeiten der Herztätigkeit kundtun.

Zweitens treten aber Herzrhythmusstörungen auch dort auf, wo eine anatomische Herzschädigung klinisch nicht nachweisbar ist. Für das Zustandekommen derselben, welche ich mit dem Zusatze „selbständige" bezeichnen möchte, wird eine ganze Reihe von Noxen verantwortlich gemacht. Unter der Voraussetzung einer vorhandenen Disposition wären hier gleichfalls nervösreflektorische, innersekretorische und toxische, vielleicht auch mechanische Einflüsse namhaft zu machen, worauf bei Besprechung der einzelnen Arten der Arhythmien noch des Näheren einzugehen sein wird.

Die Rhythmusstörungen der Herztätigkeit sind am zweckmäßigsten in drei Gruppen einzuordnen, je nachdem sie auf Anomalien in der Reizbildung, der Reizleitung oder der Kontraktilität beruhen.

I. Arhythmien infolge Störungen der Reizbildung.

1. Hier interessieren uns vor allem die namentlich in der Kriegszeit bei den Fronttruppen überaus häufig beobachteten selbständigen anhaltenden Tachykardien, welche auch sonst nicht selten anzufinden sind. Sie kommen insbesondere bei Neurasthenikern und Hysterischen (erhöhte Reizbarkeit des Sympathikus), bei Anaemischen (Einwirkungen des haematopoëtisch-lymphatischen Systems),

bei Adolescenten (Masturbation, innersekretorische Ursachen von seiten der Keimdrüsen), bei Frauen nach Kastration und im Klimakterium (Erlöschen der Ovarialfunktion, wobei ein erhöhter Sympathikustonus deutlich in Erscheinung tritt), bei basedowoid- und Basedow-Erkrankten (innersekretorisch-thyreotoxische Noxe), bei Tuberkulösen (tuberkulo-toxische Einflüsse) und bei starken Rauchern (toxische Wirkung des Nikotins) vor.

Erfahrungsgemäß trotzen diese Tachykardien nicht selten jeder medikamentösen Therapie, erweisen sich aber geeigneten hydro- und balneotherapeutischen Maßnahmen gegenüber oft besonders gut beeinflußbar. Aus den kurz skizzierten ursächlichen Verschiedenheiten dieser Tachykardien ergibt sich folgerichtig für die Balneotherapie die Notwendigkeit anpassender Auswahl der einzelfalls anzuwendenden Mittel. Wo eine „allgemeine Nervenschwäche" für das Zustandekommen der Tachykardie von wesentlicher Bedeutung scheint, sind (nicht allzuwarme) Bäder der Akratothermen und erdigen Thermen oder kohlensaure Eisenquellbäder niederer Temperatur, manchmal auch Seebäder mit nicht starkem Wellenschlage von Nutzen. Bei Auswahl der Kurorte sind hier auch die klimatischen Faktoren zu berücksichtigen, da Höhenlage sich im allgemeinen vorteilhaft erweist. Wo Erkrankungen des lymphatischen und myeloischen Systems vorliegen, sind Trinkkuren mit Eisenquellen (Eisensäuerlinge und arsenhaltige Eisenquellen) wie der Gebrauch von Eisensäuerlingsbädern, eventuell auch von nicht zu warmen Moorbädern und Solbädern am Platze; Seebäder mit starkem Wellenschlage kommen hier nicht in Betracht. Beim Vorhandensein tuberkulöser Lungenprozesse wird zwar von französischen Klinikern der Gebrauch indifferenter Thermalbäder, auch Inhalationskuren empfohlen, denen wir aber nicht das Wort reden möchten. Hier ist der Klimatotherapie zweifellos die Führung zu überlassen. Ist die Tachykardie mit einer Dysfunktion der Ovarien oder mit dem Erlöschen ihrer Funktion in Zusammenhang zu bringen, wobei meist auch eine erhebliche Blutdrucksteigerung vorhanden zu sein pflegt (Schickele spricht von einer für das Klimakterium charakteristischen Form der Hypertonie), sind kohlensaure Eisenbäder, schwächere Kohlensäurebäder, in manchen Fällen auch hypothermische Moorbäder angezeigt; je nach den sonstigen begleitenden Umständen konstitutioneller oder pathognomischer Art sind alkalisch-salinische Quellen (Glaubersalzwässer), auch muriatische Quellen, beziehungsweise erdige Quellen für Trinkkuren zu empfehlen. — Diese Angaben sind natürlich nur als balneotherapeutische Richtworte zu nehmen, die erst unter Berücksichtigung des Einzelfalles und seiner Besonderheiten Sinn und Bedeutung gewinnen.

Zu den Reizbildungsstörungen sind weiter die verschiedenen Arten der Extrasystolen zu rechnen, die sowohl sporadisch regelmäßig oder unregelmäßig als auch gehäuft in Form der Bi-, Tri- oder Polygeminie auftreten. So exakt mittels der polygraphischen, bzw. elektrokardiographischen Methodik die Feststellung ermöglicht ist, ob es sich jeweils um eine Sinusextrasystolie (echte Arhythmie), eine aurikuläre, atrioventrikuläre oder ventrikuläre Extrasystolie (Paraarhythmie nach K. F. Wenckebach) handelt, so genau also Entstehungsstelle und Ablauf der Extrasystolen aufklärbar ist, gelang es bislang dennoch nicht, die für das Einsetzen und Auswirken der Extrareize verantwortliche Grundnoxe aufzufinden.

Die Extrasystolen kommen sowohl bei vorhandenen organischen Herzerkrankungen (wobei ihr verhältnismäßig häufigeres Auftreten bei Mitralklappenfehlern gegenüber den Aortenklappenfehlern bemerkenswert ist), als auch selbständig vor. In letzteren Fällen ist eine ganze Reihe von Momenten als mittelbare Ursache der Extrasystolie anzuführen:

a) Nervöse Einflüsse. Bei Neurasthenikern sind im Gewöhnlichen, insonderheit während Erregungszuständen, Extrasystolen ein häufiges Vorkommnis, zu welchem jedoch eine gewisse Disposition erforderlich ist.

b) Funktionsstörungen von seiten des Magen- und Darmtraktes. Zur Illustration des Zusammenhanges zwischen Digestionsanomalien und ventrikulärer Extrasystolie will ich hier einige Daten aus meiner Kriegserfahrung als Chefarzt der Herzstation eines Korpskommandos anführen. Unter 356 vorgefundenen Fällen von selbständiger ventrikulärer Extrasystolie wiesen 205 einen ausgesprochenen Meteorismus infolge Gasansammlung im Verdauungstrakte auf, bei 67 Fällen war Zwerchfellhochstand mit Querlagerung des Herzens nachweisbar; in 23 Fällen bestand eine deutliche Kyphoskoliose, in einem Falle ein typischer Thorax piriformis. Bezüglich des Alters dieser Extrasystoliker ist zu erwähnen, daß zwanzig derselben das dreißigste Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, 38 standen im Alter von dreißig bis vierzig Jahren, 104 waren vierzig- bis fünfundvierzigjährig, 194 waren fünfundvierzig- bis fünfzigjährig. Zu bemerken wäre ferner, daß der Blutdruck in zwanzig Fällen geringer als 125 mm Hg. (nach Riva-Rocci, 12 cm breite Manschette) war, in 84 Fällen betrug er bis 145 mm Hg, in 154 Fällen bis 160 mm Hg und in 98 Fällen über 160 mm Hg. In der letzten Gruppe waren 37 Fälle mit deutlich sklerotischen Gefäßen und 6 Fälle von Nephrosklerosen vertreten. — Schon früher war mir in meiner praktischen Tätigkeit eine Gruppe von Leidenden, welche über außerordentlich lästige Herzbeschwerden (Atemnot, Herzdruck, Herzangst, Aussetzen des Herzschlages) klagten, meist lipomatös und gewöhnlich auch obstipiert waren, dadurch aufgefallen, daß der objektive Herzbefund eigentlich keinen Anhaltspunkt für ihre subjektiven Herzbeschwerden bot, außer daß sich meistenteils eine ventrikuläre Extrasystolie und ein merklich erhöhter Blutdruck feststellen ließ. Fast immer bestand bei diesen Kranken ein erheblicher Meteorismus. Diesen Komplex von Meteorismus, Lipomatose, Hypertonie und auch Extrasystolie einerseits, sowie starken subjektiven Herzbeschwerden bei leistungsfähigem Herzen andererseits bezeichnete ich als cardio-intestinalen Symptomenkomplex und bezog ihn auf eine beginnende oder vorwaltende Sklerose der Darmgefäße.

Es wäre verlockend, aus den angeführten Beobachtungen den Schluß zu ziehen, daß eine Lageveränderung und Raumbeengung des Herzens — wie sie durch den Meteorismus bzw. den Zwerchfellhochstand zustande kommt, und ebenso bei Lipomatösen und auch bei den Kyphoskoliotikern anzunehmen ist —, das Auftreten von Extrasystolen begünstigt. Eine andere Annahme geht jedoch dahin, daß bei den genannten Abdominalzuständen eine Zerrung der Magen- und Darmnerven zustande kommt, wodurch auf reflektorischem Wege die auf die Herztätigkeit regulatorisch einwirkenden Nerven beeinflußt würden, worauf Engelmann hingewiesen hat. In dieser Weise wäre auch das häufige Vorkommen selbständiger Extrasystolen bei Gastro-Enteroptose und bei Lipomatosis universalis, gleichwie bei habitueller Obstipation erklärbar.

Zweifelsohne spielt die Gasansammlung im Verdauungstrakte eine Rolle beim Auslösen von Extrasystolen, wobei eine gewisse Herzdisposition vorausgesetzt werden muß. Auch die habituelle Obstipation vermag auf das Zustandekommen von selbständigen Extrasystolen Einfluß zu nehmen.

In all diesen Fällen vermag die Balneotherapie erfolgreich einzugreifen, die Extrasystolen sogar vollständig zum Schwinden zu bringen. Der planmäßige Gebrauch alkalisch-salinischer Quellen (Glaubersalzwässer) zu Trinkkuren, die Anwendung von Kohlensäurebädern (bis höchstens 30° C. und von 8 bis 10 Minuten Dauer), welche bei Funktionsstörungen des Herzens mit gesteigertem Blutdrucke im allgemeinen günstige Resultate erzielen, die gleichzeitige Verordnung wahlweise dosierter Terrainkuren und entsprechende Diätvorschriften vermögen in ihrem Zusammenwirken den Meteorismus infolge der Regulierung der Darmtätigkeit, somit auch die auslösende Ursache für die Extrasystolen aus dem Wege zu räumen und dadurch mittelbar zur Erhaltung einer guten Herzleistungsfähigkeit beizutragen.

Hat speziell Wenckebach den durch Aerztegenerationen fortgeerbten Irrglauben, daß in jeder Unregelmäßigkeit des Herzschlages ein unheilvolles Stigma für eine schwere Herzschädigung mit übler Prognose zu erblicken sei, gründlich zerstört, so lehrte er auch, daß jede auch verhältnismäßig harmlose Arhythmie Gegenstand unseres therapeutischen Eingreifens sein müsse, denn gleichwie eine Herzirregularität Folge einer Herzschwäche sein könne, vermöge sie auch Ursache für eine Kreislaufstörung zu werden.

c) Innersekretorische Einflüsse. Hier kommen — ebenso wie bei der Tachykardie — vor allem die Hyperfunktionen der Schilddrüse in Betracht (Hyperthyreoidismus, basedowoide Formen und der Basedow). Durch Besserung des Gesamtstoffwechsels, durch Hebung des Ernährungszustandes vermag hierbei die Balneotherapie und auch die Klimatotherapie Besserung zu erwirken. Einen umfangreicheren Wirkungskreis hat sie jedoch bei den von seiten des Ovariums stammenden Einflüssen (Amenorrhoe, Kastration, Klimakterium), wo der kundige Arzt eine ganze Reihe balneotherapeutischer Mittel mit Erfolg heranzuziehen in der Lage ist. Das gleiche gilt für die durch Störungen im haematopoetischen Apparate veranlaßten Extrasystolen (anaemische Zustände). Ueber die durch Dysfunktion der Thymus erwirkten Einflüsse (Hypoplasie des Gefäßsystems beim Status thymicus) liegen bislang keinerlei Beobachtungen vor.

d) Unter den toxischen Einflüssen sind hier hauptsächlich die tuberkulösen in Betracht zu ziehen. Doch hat da die Balneotherapie kein sonderliches Betätigungsfeld.

e) Reflektorische Einflüsse von seiten des Gefäßsystems. Ein erhöhter Sympathikustonus (Sympathicismus beim weiblichen Geschlechte, mit den ausgeprägten vasomotorischen Erscheinungen) und vor allem arteriosklerotische Veränderungen vermögen das Auftreten von Extrasystolen zu begünstigen. Hier kann die Balneo-

therapie in sachgemäßer Verwertung ihrer Mittel erfolgversprechend eingreifen (Trinkkuren zur Besserung des Stoffwechsels, zur Anregung der Verdauung, Badekuren zur Behebung erschwerter Blutzirkulation).

Dort wo Extrasystolen in Gefolgschaft eines Herzklappenfehlers, einer Herzmuskelschädigung, einer Aortitis usw. auftreten, gelten selbstverständlich für die balneotherapeutischen Indikationen dieselben Grundregeln, wie sie bei diesen Herzerkrankungen als solchen allgemein gebräuchlich sind.

3. Es ist eine noch der Aufhellung bedürftige Frage, ob auch die schwereren Formen der Reizbildungsstörungen, wie die paroxysmale Tachykardie, das Vorhofflattern und Vorhofflimmern (Pulsus irregularis perpetuus), zur balneotherapeutischen Beeinflussung herangezogen werden sollen. Unter der „paroxysmalen Tachykardie" birgt sich ein Sammelname für verschiedene Formen anfallsweise auftretenden Herzjagens, welche auf differenten, wenn auch nahe verwandten Störungen beruhen. Der allen diesen Fällen gemeinsame Charakter des „anfallsweise" plötzlichen Auftretens und Aufhörens der Erscheinungen deutet schon darauf hin, daß zu einer vorhandenen Disposition ein weiteres Moment hinzukommen muß, das auf einem nervösen od. toxischen Einflusse endogener od. exogener Natur beruhen kann. Die paroxysmale Tachykardie im engeren Sinne, das ist eine durch ventrikuläre Automatie bedingte Tachysystolie, eignet sich gewiß für eine rationelle Balneotherapie; hier handelt es sich ja um eine „selbständige" Rhythmusstörung (d. h. bei anatomisch nicht geschädigtem, leistungsfähigem Herzen, manchmal allerdings auch bei Arteriosklerotikern auftretend—), also um eine den balneotherapeutischen Herzmitteln besonders zugängliche Erkrankungsform. Dasselbe gilt auch für das Vorhofflattern und Vorhofflimmern insofern es nicht ein Zeichen versagender Herzkraft und Folge eines insuffizienten Herzens ist.

II. Arhythmien infolge Störungen der Reizleitung.

Auf die durch Ueberleitungsstörungen des Herzens bedingten Arhythmien, die Dissoziation der Vorhöfe und Kammern — von der Halbierung des Rhythmus bis zum totalen Herzblock der Adams-Stokesschen Krankheit — kann, insofern neben den zugrunde liegenden anatomischen Veränderungen funktionelle, vielfach wiederum auf dem Wege der Herznerven vermittelte Einflüsse mitspielen, gewiß in zweckmäßiger Anwendung das balneotherapeutische Herzmittel katexochen, nämlich die Kohlensäurebäder, wenigstens vorübergehend günstig einwirken. Denn auf dem Wege ihrer nervenbeeinflussenden Komponente dürfte ihnen sicher auch ein Einfluß auf diese Zustände zukommen. Hierüber ein urteilzulässiges Erfahrungsmaterial zu sammeln, ist eine noch zu erfüllende Aufgabe der in den Herzheilbädern wirkenden Aerzte.

III. Arhythmien infolge Störungen der Kontraktilität.

Hier wäre eigentlich nur der Pulsus alternans, unter welchem das gleichmäßige Abwechseln je eines großen mit einem kleinen Pulse zu verstehen ist, zu erwähnen. Nach der Auffassung von K. F. Wenckebach dürfte es sich hier in manchen Fällen nicht um eine Kontraktilitätsstörung, sondern nur um den Ausdruck eines alternierenden Schlagvolumens handeln, wie es durch gewisse Kreislaufbedingungen hervorgerufen werden kann, ohne daß eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Herzkraft angenommen werden müßte. Diese selten zur Beobachtung gelangende Arhythmie ist in Hinsicht auf die Balneotherapie vorläufig noch nicht Gegenstand von Untersuchungen gewesen, wäre aber gerade aus dem von Wenckebach entwickelten Gesichtspunkte balneotherapeutisch angreifbar. Hingegen dürfte der Wechselschlag des Herzens, sofern er auf eine gestörte Kontraktilität des Herzmuskels zurückzuführen ist, für die Balneotherapie ein noli me tangere sein.

Der Vollständigkeit halber sei anhangsweise noch des Pulsus paradoxus, als einer auf mechanischen (Abklemmung der Arteria subclavia zwischen Schlüsselbein und Rippen bei Inspiration oder bestehende Mediastinopericarditis) oder dynamischen Ursachen beruhenden Pulsirregularität inäqualen Charakters, gedacht. Bei dem dynamischen Pulsus paradoxus kommt nach K. F. Wenckebach der aspirierende Einfluß des Thorax bei Inspiration auf die großen Gefäße und der entgegengesetzte Einfluß bei der Exspiration hierbei zur Geltung. Eine balneotherapeutische Beeinflussung dieser Zustände kann nicht herbeigeführt werden.

Diese Darlegungen sollen ein Wegweiser dafür sein, in welchen Fällen von Unregelmäßigkeiten des Herzschlages von der Balneotherapie ein erfolgversprechendes Eingreifen zu erwarten ist. Sache der an den Heilquellen wirkenden Aerzte ist es, die mannigfachen ihnen zu Gebote stehenden Mittel nach den bei Besprechung der einzelnen Gruppen der Herzarhythmien angedeuteten Richtlinien zweckmäßig zu nützen. Unter genauer Prüfung der im Einzelfalle etwa vorhandenen Herzschädigung oder Kreislaufstörung und in eingehender Berücksichtigung der Art, wie der anzunehmenden auslösenden Ursache der vorliegenden Arhythmie muß der kurleitende Arzt auf Grund seiner Spezialkenntnis über die gerade am Orte seines Wirkens vorhandenen Heilschätze und auf Grund seiner Erfahrung über ihre Wirkung jeweils ein geeignetes Behandlungssystem aufbauen.

II. Referate.

Innere Medizin.

Dr. **Georg Hubert** (Konstanzerhof, Konstanz): **Das Reizleitungssystem des Herzens.** (Münchener medizinische Wochenschrift, 1920, Nr. 18 und 19.)

Die neuen Forschungen über das Reizleitungssystem des Herzens haben manches Licht in das Gebiet der Herzpathologie gebracht. Eine Uebersicht über ihre anatomischen und physiologischen Grundlagen beansprucht in hohem Grade das Interesse des ärztlichen Praktikers.

Herzarhythmien entstehen meist dann, wenn an irgendeiner Stelle des Herzmuskels irgendeine anatomische Schädigung sitzt und die physiologische Tätigkeit des Systems an der Reizbildungsstelle oder auf dem Wege der Reizleitung stört. Der Reiz wird in der Gegend der Vorhöfe gebildet und zu den Kammern weiter geleitet. Das Reizleitungssystem besteht aus dem sinoaurikulären und dem atrioventrikulären Stück. Das sinoaurikuläre Stück besteht aus dem Keith-Flackschen Sinusknoten, der genau an der Grenze zwischen dem rechten Herzohr und der Vena cava superior liegt, und dem Aschoff-Tawaraschen Knoten, der in der Vorhofsscheidewand gelegen ist, sowie aus Verbindungsfasern zwischen diesen beiden Knoten. In dem atrioventrikulären Stück gehen von dem Tawaraschen Atrioventrikularknoten feinste Muskelfaserchen nach allen Richtungen in die Vorhofsmuskulatur über, während das Reizleitungssystem kammerwärts zum His'schen Bündel führt, das sich in einen rechten und einen linken Schenkel teilt.

Das Reizleitungssystem unterscheidet sich histologisch scharf von der Herzmuskulatur, hat eine eigenartig reichliche Zirkulation und zeigt ganz auffallend reichliche Ganglienzellenanhäufungen in der Nachbarschaft der einzelnen Abschnitte des Systems.

Der Herzrhythmus setzt sich aus der Reizbildung und Reizleitung zusammen. Der Reiz wird gebildet in dem Sinus- oder Keith-Flack'schen Knoten. Wie der Reiz gebildet wird, ist zurzeit noch nicht geklärt. Vom Sinusknoten geht die Kontraktion gleichmäßig auf beide Vorhöfe bis zum Atrioventrikular- oder Tawara'schen Knoten. Nach einer kurzen Pause geht der Kontraktionsreiz auf die Kammern über und bringt sie zur Kontraktion. Dieser physiologische Rhythmus wird nach seinem Ausgangsorte auch als Sinusrhythmus bezeichnet. Wird der Sinusknoten außer Funktion gesetzt, dann entsteht die Reizbildung im Aschoff-Tawara'schen Knoten, und es bildet sich der atrioventrikuläre Rhythmus. His durchschnitt das von ihm gefundene Bündel unterhalb des Tawara'schen Knotens und erzielte dadurch einen dritten Rhythmus, bei dem die Vorhöfe in der gewohnten Weise weiter schlugen, die Kammern aber unabhängig von den Vorhöfen regelmäßig etwa 38 mal in der Minute schlugen. Diesen Rhythmus bezeichnet man als Dissoziation oder Herzblock.

Die vom Sinus kommenden Reize bringen nach der Erregung der Vorhöfe die Kammern in ihren verschiedenen Abschnitten nicht gleichzeitig zur Kontraktion, sondern zuerst das Papillarmuskelgebiet, von wo aus die Kontraktion sich nach der Herzbasis ausbreitet. Dasselbe Bild zeigt sich auch beim Herzblock. Wenn durch besondere Einflüsse beim völligen Intaktsein des Sinusknotens die Reize anderer Stellen überwiegen, dann entstehen die Extrasystolen. Auf jede Extrasystole folgt eine kompensatorische Pause, dann wieder die normale Herztätigkeit.

Hinsichtlich des auslösenden Momentes für die Reizbildung sind zwei Theorien aufgestellt worden, die myogene und neurogene, von denen die erstere heute die allgemein anerkannte ist.

Die Nervenversorgung des Herzens geschieht durch den Vagus und Sympathicus, von denen der erstere die Herztätigkeit hemmt, der letztere die Herztätigkeit beschleunigt.

Hh.

Dr. **Siegmund Wassermann** (Wien-Franzensbad): **Das mediastinale Emphysem. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der vorjährigen pandemischen Influenza.** (Wiener klin. Wochenschrift 1920, Nr. 6.)

Gelegentlich der Epidemie im Oktober 1918 hatte Verfasser als Truppenarzt Gelegenheit, in 4 Fällen von Grippepneumonie schwersten Grades (3 davon endigten tötlich, über den Ausgang des vierten Falles kann Verfasser aus äußeren Gründen nichts angeben) im Mediastinum, im Jugulum, bzw. in den Fossae supraclaviculares, supraspinatae,

vorderer und hinterer Thoraxwand Luftansammlungen zu beobachten, die mit einem überlauten Lungenschall am Herzen und Brustbein, beziehungsweise Verschwinden der Herzdämpfung einhergingen, zuweilen schwere Zustände von Stenokardie boten und an den der Betastung zugänglichen Stellen deutliches Knistern zeigten.

Privatdozent Dr. **Franz Bardachzi** (Prag): **Zur Behandlung der Meningitis epidemica nebst Bemerkungen zur Behandlung der croupösen Pneumonie.** (Med. Klinik 1920, Nr. 5.)

Verfasser hatte Gelegenheit, während des Krieges 9 Fälle von epidemischer Meningitis sowie 2 Fälle von Pneumokokkenmeningitis in Przemysl zu behandeln. Die Behandlung bestand in täglich wiederholter Entleerung des Lumbalsacks durch Lumbalpunktion mit nachfolgender Optochininjektion, daneben innerlich bis 10mal täglich Urotropin 0,5 g. Optochin wurde in 2proz. Lösung angewendet, die injizierte Menge betrug 10—20 ccm, ausnahmsweise 30 ccm. Von den 9 Fällen von Meningitis epidemica wurden 7 geheilt, 2 starben. Die beiden Fälle von Pneumokokkenmeningitis wurden geheilt. Da die regelmäßig wiederholte Entleerung des Liquor bei eitriger Meningitis an sich schon günstig wirkt, so ist es nach B. zweifelhaft, inwieweit die nachfolgende Optochininjektion heilend gewirkt hat; eine Optochinwirkung ist, wenn überhaupt, vorwiegend bei frischen Fällen zu erwarten, deswegen soll mit dieser Behandlung sofort begonnen werden. — Anschließend berichtet B. über seine Erfahrungen bei der Pneumonie. Er behandelte ohne Optochin mit den alten bewährten Maßnahmen, regelmäßig wurde Alkohol gegeben und von Beginn an mittlere Digitalismengen; hohes Fieber wurde durch kalte Wickel und eventl. Antipyretika bekämpft; bei sinkender Herzkraft Kampferinjektionen; außerdem sorgfältige Allgemeinpflege, Vermeiden jeder unnötigen Untersuchung, insbesondere der Röntgenuntersuchung. Die Erfolge dieser Behandlung waren sehr befriedigend; von 152 Kranken starben nur 9, d. h. 4,9 Proz.

Dr. **Georg Friedländer** (Breslau): **Zur Frage der Bedeutung extremer Hyperglykämie beim Diabetes mellitus.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 9.)

Verfasser berichtet über einen Fall von äußerst akut verlaufenem Diabetes mellitus bei einem 22jährigen Manne. Die Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zum tötlichen Ausgang betrug etwa 2½ Wochen. Die Erscheinungen bestanden in Durst und einer extremen Muskelschwäche. Der Tod erfolgte in einem atypischen Koma. Der Urin enthielt am Tage vor dem Tod 6,1 Proz. Zucker. Das Blut, 12 Stunden ante mortem entnommen, wies den sehr hohen Gehalt an Zucker von 1,03 Proz. auf. Die Sektion ergab außer einer mäßigen Kolitis keinen krankhaften Organbefund. Verfasser nimmt an, daß das Koma durch Ueberzuckerung des Organismus und durch direkte Schädigung des Zentralnervensystems durch den Zucker herbeigeführt war. L.

Dr. **J. Bamberger** (Kissingen): **Chinin gegen Dysbasia angiosclerotica intermittens.** (Mediz. Klinik, 1920, Nr. 5.)

In einem Fall von intermittierendem Hinken bei einem 51jährigen Patienten (starkem Raucher) erzielte Verfasser guten Erfolg mit Chininum bisulfuricum. Er ließ zuerst dreimal täglich 0,2, später 0,3 g nehmen. Im ganzen nahm der Patient 6 g. Danach verschwanden nicht nur die Beschwerden, auch die Fußpulse kehrten wieder, die vorher nicht fühlbar gewesen waren.

Nervenheilkunde.

Dr. **Robert Lenk** (Wien): **Chirurgische und Röntgenbehandlung der Trigeminusneuralgie.** (Wien. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 21.)

Die Röntgentherapie der Trigeminusneuralgien wird erst seit dem Jahre 1918 systematisch in Anwendung gebracht. Man bestrahlt das Ganglion Gasseri sowie die Austrittsstellen und die Ausbreitungsgebiete der betroffenen Aeste. Die Erfolge sind ausgezeichnet. Sehr interessant und praktisch wichtig ist die Beobachtung, daß die früher mit Alkoholinjektionen behandelten Fälle viel schlechter reagieren. Wilms schreibt die Schuld dafür den durch die Behandlung erzeugten Narben zu. Daraus ist die Folgerung zu ziehen, daß man zuerst die Röntgenbehandlung in der Therapie der Trigeminusneuralgien versuchen muß, ehe man zu chirurgischen Eingriffen schreitet. Hh.

Dr. **Ludwig Dimitz** (Wien): **Ueber das plötzliche gehäufte Auftreten schwerer choreiformer Erkrankungen in Wien (Encephalitis choreiformis epidemica).** (Wiener klin. Woschenschrift 1920, Nr. 8.)

Dr. **Josef Gerstmann** (Wien): **Zur Kenntnis der klinischen Erscheinungstypen und zur Prognose der jetzigen Encephalitis-Epidemie.** (Wiener klin. Wochenschrift 1920, Nr. 8.)

Beide Arbeiten geben einen vorläufigen Bericht über eine im Januar d. J. in Wien neuerdings aufgetretene Encephalitis-epidemie. Nach D. wurden in der Wiener psychiatrisch-neurologischen Klinik binnen wenigen Wochen 45 Fälle dieser cerebralen Erkrankung beobachtet. Als Hauptsymptome gibt D. an: Geringes Fieber, selten über 38°, hartnäckige Schlaflosigkeit, motorische Reizerscheinungen, welche teils in sich gleichartig, aber nie rhythmisch wiederholenden klonischen Zuckungen, teils in choreiformer Unruhe bestehen. Vor allem sind Zuckungen der Bauchmuskeln und des Zwerchfells ein frühzeitiges, charakteristisches Symptom. Fast regelmäßig bestehen psychische Störungen; häufig Pupillenstörungen (zuweilen Starre, manchmal Ungleichheit), ferner mäßige Ptosis, vereinzelt Nystagmus. Der Augenhintergrund war immer normal. Die Prognose ist ernst, wenn auch einzelne Fälle günstig verlaufen. In schweren Fällen kam es in wenigen Tagen zum Exitus, entweder unter den Erscheinungen einer Pneumonie oder eines Kollapses und Lungenödems. Unter den ersten 35 Fällen endigten 10 tödlich. Das Alter der Erkrankten lag zwischen 11 und 40 Jahren. Unter 20 Frauen waren 5 Gravidae, der Verlauf bei ihnen sämtlich schwer (teilweise letal). Nach den Autopsien handelt es sich bei der Erkrankung um eine über einen großen Teil des zentralen Nervensystems verbreitete nicht eitrige, hämorrhagische Encephalitis, vorzugsweise, aber nicht ausschließlich die graue Substanz betreffend.

Nach den Beobachtungen von G. zeigte auch bei der diesmaligen Encephalitis ein Teil der Fälle eine mehr oder minder ausgeprägte Schlafsucht, bei andern standen teils choreiforme, teils myoklonische, endlich psychotische Symptome im Vordergrund; gewöhnlich waren aber diese verschiedenen Erscheinungsgruppen in mannigfaltiger Weise miteinander kombiniert. Auch G. hebt die sehr ernste Prognose dieser Encephalitis hervor.

Chirurgie.

Luise und **Otto Bossert: Klinische Erfahrungen mit dem Friedmann'schen Tuberkuloseheilmittel bei Kindern mit chirurgischer Tuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 2.)

Die Verfasser haben in der Breslauer Universitätskinderklinik seit Mai 1918 40 Kinder mit chirurgischer Tuberkulose ohne nennenswerte Beteiligung der Lungen (17 Drüsentuberkulosen, 11 Knochen- und Weichteiltuberkulosen, 9 Gelenktuberkulosen, 2 Kinder mit multiplen Skrofulodermen und eine Abdominaltuberkulose) mit dem Friedmann'schen Mittel behandelt. Die Ergebnisse fassen die Autoren folgendermaßen zusammen: Günstiger Verlauf in 7 Fällen, leidlich günstiger Verlauf in 7 Fällen, Verlauf unbeeinflußt in 8 Fällen, ungünstiger Verlauf in 15 Fällen (darunter 4 Kinder später gestorben), zu kurze Beobachtung in 3 Fällen. Die Mitteilung schließt mit dem Satz, „daß wir auf die Friedmann'sche Behandlung der chirurgischen Tuberkulose jedenfalls verzichten können, weil wir den Eindruck bekommen haben, daß diese Behandlungsart der Licht- und Sonnenbestrahlung den wohlverdienten Vorrang nicht streitig zu machen vermag."

Dr. **Walter Drügg** (Cöln): **Zur Frage der spezifischen Diagnose und Prognose der chirurgischen Tuberkulose.** (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Band 153, Heft 5/6.)

Bei keiner Infektionskrankheit hat man so eifrig die spezifische Diagnostik heranzuziehen gesucht, wie bei der Tuberkulose. Das Haupthindernis für die Resorption der zu Immunisierungszwecken eingeführten Tuberkelbazillen war immer ihre schützende Hülle, deren Sprengung große Schwierigkeiten verursachte. Deycke und Much ist es gelungen, eine vollständige Auflösung des Bazillenleibes herbeizuführen, ohne die zurückbleibenden Substanzen in ihrer Reaktivität nennenswert zu schädigen. All die verschiedenen Methoden der spezifischen Diagnostik haben es bis jetzt nicht ermöglichen lassen, Tuberkulöse von Nichttuberkulösen sicher zu unterscheiden. Dagegen ist es gelungen, durch verschiedene spezifische Untersuchungsmethoden recht gute prognostische Schlüsse zu gewinnen. Die besten Ergebnisse auf diesem Gebiet erzielte man mit den Deycke-Much'schen Partigenen. Bei Tuberkulin-Injektionen konnte die Steigerung der Hautempfindlichkeit bei wiederholten Impfungen im Rahmen der klinischen Beobachtung für die Prognose gut verwendet werden. Bei den Partigenen trifft dies in erhöhtem Maße zu, weil hier die Differenzierung der Immunitätsvorgänge vielmehr bis in die Einzelheiten durchzuführen ist und Verschiebungen der einzelnen Faktoren weit mannigfaltigere Bilder ergeben. Hh.

Dr. **H. Rieger** (München): **Zur Pathogenese von Gelenkmäusen.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Gelenkmäuse befallen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Kniegelenk und das Hüftgelenk. Namentlich wird von diesem Leiden das arbeitende männliche Geschlecht in der Jugend betroffen; die früheste Jugend jedoch bleibt verschont. Das liegt daran, daß bis etwa zum 5. Lebensjahre die Markarterien in Bindegewebsbalken liegen, getrennt von den Fettzellen, und erst allmählich der Fettgehalt

des Markes zunimmt. Die Gelenkmäuse entstehen so, daß es bei Kontusionen zu Fettembolien und einer Knochennekrose kommt. also zu einem Gefäßverschluß infolge einer arteriellen Fettembolie. Hh.

Physikalische Therapie.

Dr. **Ernst Tobias** (Berlin): **Die Hydrotherapie des Praktikers bei der Behandlung der Schlaflosigkeit.** (Ztschr. für physikal. und diätet. Therapie, Band XXIII, Heft 11.)

Verf. betont die Notwendigkeit, die Hydrotherapie nicht erst in solchen Fällen zu versuchen, in denen wir mit anderen Mitteln nicht weiterkommen, sondern von der Hydrotherapie ebenso Gebrauch zu machen, wie von den anderen uns zu Gebote stehenden Heilmitteln. An dem Beispiel der Behandlung der Schlaflosigkeit zeigt der auf diesem Gebiete so außerordentlich erfahrene Verfasser, daß man durch gleichzeitige Anwendung physikalischer Maßnahmen die medikamentöse Therapie wesentlich zu unterstützen vermag. Die physikalische Therapie sollte in der Hauspraxis mehr Anwendung finden, wozu allerdings die Schaffung und Ausbildung eines zahlreichen Badepersonals notwendig ist. Außerordentlich zugänglich ist der Hydrotherapie die nervöse Schlaflosigkeit, schwerer allerdings die Fälle, die durch Hysterie und Klimakterium bedingt sind. Bei der eigentlichen nervösen Schlaflosigkeit sind indifferente Vollbäder, aromatische Bäder sowie die verschiedenen Arten von Packungen sehr angebracht, auf deren technische Handhabung in der Hauspraxis Verf. sorgfältig eingeht. Kopf- und Nackenkühlungen und Sitzbäder können die Kuren wesentlich unterstützen. Hh.

Dr. **Robert Dölger: Universal-Elektro-Thermogen.** (Münchener med. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Es handelt sich um einen Apparat, der sich in seiner Konstruktion an die bekannten Heißluftduschen anlehnt und dessen Neuerung darin liegt, daß er namentlich für die Behandlung des Ohres und der oberen Luftwege Verwendung finden kann. Er kommt in Anwendung als Inhalationsapparat für flüchtige Arzneistoffe und als Heißluftdusche für die Erkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege. Der Apparat läßt sich leicht zur Behandlung von Körperhöhlen, etwa der Harnröhre, Harnblase, Gebärmutter usw., modifizieren. — Hergestellt wird er von den Veifa-Werken in Frankfurt a. M. Hh.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dr. **Fr. Kirchberg** (Berlin): **Saug- und Druckbehandlung in der Gynäkologie.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 30.)

Die Saugbehandlung spielt in der Therapie der Amenorrhoe sowie zur Entfernung von Sekret und zur Dehnung derber Stränge im Douglas schon lange eine große Rolle. Verf. wendet für diese Zwecke die abwechselnde Saug- und Druckbehandlung an. Die Behandlung, die etwa 20 Minuten dauert, ist vollkommen schmerzlos. Die daran sich anschließende kurze, sanfte, intravaginale Massage ist infolge der durch die Druck- und Saugbehandlung erzeugten starken Durchblutung wirkungsvoller und schonender. Die Wirkung der Hyperämisierung zeigt sich besonders bei der Bekämpfung der Amenorrhoe, der Dysmenorrhoe und des Infantilismus. Die hyperämisierende und mechanische Wirkung ist sehr wirkungsvoll für die Lösung und Dehnung bei Verwachsungen aller Art. Auch für die Bekämpfung der Sterilität, die ja in der Hauptsache auf ein Stehenbleiben der Organe auf fötaler oder kindlicher Entwicklungsstufe zurückzuführen ist, hat sich das Kirchberg'sche Verfahren ausgezeichnet bewährt, weil dadurch eine stärkere Durchblutung bzw. eine Aenderung des Gefäßtonus und der Gefäßinnervation der in ihrer Entwicklung zurückgebliebenen weiblichen Genitalien erfolgt, wie sie durch kein anderes Verfahren erreichbar ist. Hh.

Priv.-Doz. Dr. **P. W. Siegel** (Freiburg i. B.): **Collargoltherapie bei Puerperalfieber.** (Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 82, Heft 3.)

Die Wirkung des Collargols war in der Therapie des Puerperalfiebers bisher nicht genügend geklärt, und so standen sich 2 Lager in seiner Bewertung gegenüber. Auch in der Dosierung des Mittels herrschte bisher keine Klarheit. Verf. empfiehlt nun auf Grund seiner Erfahrungen in den Frauenkliniken von Gießen und von Freiburg für die Einzelinjektion grundsätzlich 5 ccm einer 1 % Lösung von Collargol Heyden (d. i. 0,05), worauf sofort ein erheblicher Temperaturabfall eintreten soll. Steigt die Temperatur nach 1—2 Tagen an oder ist der Temperaturabfall ungenügend, dann muß dieselbe Injektion wiederholt werden. Möglichst frühzeitig vorgenommene Injektionen geben die besten Erfolge. Von dem Freipräparieren der Armvene zur Vornahme der intravenösen Injektion wird Abstand genommen. Die Erfolge, über die er an der Hand von 28 mitgeteilten Krankengeschichten berichtet, sprechen sehr günstig für die Collargoltherapie, die auch von jedem ärztlichen Praktiker ohne weiteres angewandt werden kann. rs.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenber. d. Allgem. med. Central-Ztg.)
Sitzung vom 19. VII. 20.
Vorsitz: Herr Schwalbe.

Vor der Tagesordnung:
Demonstrationen aus der II. mediz. Klinik:

1. Ein Fall von Myxödem nach Basedow-Operation.

Herr Munk: Die 19 jährige, aus stark belasteter Familie stammende Kontoristin war in der Charité wegen schwerer Basedowerscheinungen operiert worden; diese waren im Anschluß an den Tod des Vaters zum Ausbruch gekommen. Nach der Operation fühlte sie sich wie neugeboren; die Störungen gingen zurück; nur die Atemnot blieb in vermindertem Maße; sie nahm an Körpergewicht zu, nahm ihren Beruf wieder auf und widmete sich dann der anstrengenden Pflege der geistig erkrankten Mutter. Nun trat Gleichgültigkeit, Stumpfheit und Gedächtnisschwäche ein. Dazu kamen Grübeleien und Lebensüberdruß, Wallungen zum Kopfe neben kalten Händen und Füßen. Trotz schlechten Appetits schwoll der Körper an; das Gewicht stieg von 72 Pfund vor der Operation auf 140 Pfund. Herztätigkeit regelmäßig, 3—4 Stühle täglich. Der Haarausfall setzte wieder ein, die Menses setzten wieder aus. Sie ist arbeitsunfähig, bessert sich nicht unter Thyreoidin-Therapie, liegt seit Monaten ständig im Bett. Die Fettansammlung im Gesicht, am Unterkörper und auch an den Brüsten ist unnatürlich. Arme und Beine sind normal. Achselhaare spärlich, traten erst nach der Operation auf; nach dieser bildeten sich auch die Brüste. Keine Anämie im Blutbild nachweisbar. Puls regelmäßig. Es besteht keine Vagotonie; aber es findet sich die Insuffizienz der Thymus und der Ovarien: Störung des gesamten Blutdrüsensystems. Thyreoglandoleinspritzungen bewirkten sofort Basedow-Erscheinungen. Das Asthma wurde durch Pituglandol unterdrückt. Es ist also die Organtherapie auf eine breitere Basis zu stellen.

Man muß demnach bei degenerativer Konstitution mit der Empfehlung der Struma-Operation wegen Basedow sehr zurückhalten.

Herr Lotsch hat die Kranke operiert. Sie bot das klare Bild eines Basedow; letzteren ist sie los.

Herr Kraus trat als erster Internist für die Operation des Basedow ein. Der Basedow ist keine Kropfform, sondern immer eine pluriglanduläre Affektion. Immerhin sind die Aequivalente des Myxödems denen des Basedow vorzuziehen.

2. Fall von endogener Fettsucht.

Herr Arnold: Das 13 jährige Mädchen ist stark mit Fettsucht hereditär belastet; sie leidet sei dem 2. Lebensjahre. Sie wog mit 4 Jahren 80 Pfund gegen 28 der Norm, mit 12 Jahren 166 gegen 61 und mit 13 Jahren 180 gegen 69. Sie ist 4 cm größer als der Durchschnitt der Altersgenossinnen. Sie ist eine mäßig gute Schülerin. Ein Augenarzt stellte eine Episkleritis tuberculosa fest. Pirquet stark positiv. Das Herz ist beiderseitig vergrößert. Status lymphaticus. Eine Erkrankung der endokrinen Drüsen war nicht nachweisbar. Aber schon nach 150 g Traubenzucker wird Zucker im Harn ausgeschieden. Die Fettanhäufung ist besonders am Unterkörper und den unteren Gliedmaßen ausgeprägt. Menses hat sie noch nicht. Vielleicht ist die Pankreas-Gruppe gegenüber dem chromaffinen System unterwertig. Der Blutzucker erscheint vermehrt. Gestört ist also der Zuckerverbrauch. Sie kann die Kohlehydrate nicht rasch und ausreichend umsetzen.

Herr Kraus: Das Mädchen ist abnorm; die Störung ist endokrin, läßt sich aber in die bekannten Typen nicht einreihen. Dystrophia adiposa genitalis liegt nicht vor. So ist sie länger als ein gewöhnlicher Altersgenosse. Das Adrenal-System überwiegt das Pankreassystem.

Absolute Pankreas-Insuffizienz.

Herr Dresel: Der 30 jährige Mann war Weinreisender. Jetzt trinkt er aber nur noch wenig Alkoholika, raucht wenig Zigaretten. Er leidet an starker Erregbarkeit, schlechtem Gedächtnis und vermehrtem Hunger und Durst. Der Puls beträgt 90. Der Stuhl ist stark übelriechend, massig, grau mit dichter Fettschicht überzogen; der Urin enthält 6,3% Zucker. Es besteht Kreatorrhoe: im Stuhl finden sich regelmäßig unzersetzt massenhaft Muskelfibrillen. Mit der Sonde aus dem Duodenum gewonnenes Sekret bewirkte auch nach 24 Stunden keine Eiweißverdauung; Zellkerne wurden in Massen im Stuhl wieder ausgeschieden. Die Stühle haben salbenartige Konsistenz. Ol. olivarum. eingenommen, schwamm auf dem Stuhl unverändert obenauf; er enthielt zahlreiche Fettsäurenadeln und Neutralfett: 70% des eingeführten Fettes wurden wieder gefunden. Der Diastase-Gehalt des Stuhles ist wesentlich verringert; im Urin ist er nicht vorhanden, ebenso fehlt dort Indikan.

Der schleichende, schmerzlose Verlauf des Leidens deutet auf chronische Pankreatitis hin. Aetiologisch kommt Alkohol

in Betracht. Das Hungergefühl nötigt ihn stark zu essen. Die Charité liefert ihm bereits eine erhöhte Ration von 3200 Kalorien, dazu muß ihm die Familie hinzuliefern; er verbraucht somit täglich 4206 Kalorien. Nur so hat er sein Anfangsgewicht 14 Tage lang aufrecht erhalten. Er scheidet eben die Kohlehydrate restlos aus. Therapeutisch kommt die bessere Ausnutzung derselben mit Hilfe von Pankreon-Tabletten, eventl. Spaltung der Pankreas-Kapsel in Frage.

Es besteht Sympathicotonie und damit wohl im Zusammenhange Auftreibung des Leibes. Adrenalin vermag übrigens nicht den Blutzuckergehalt zu steigern.

Aussprache:

Herr F. Hirschfeld: Solche Störungen schwanken auch spontan; die Therapie läßt sich also nicht kontrollieren; ein chirurgischer Eingriff erscheint zwecklos.

Herr Fuld bezweifelt jegliche Wirkung des Pankreons.

Herr Zuelzer: In diesen Fällen muß das ganze Pankreas verödet sein. Der niedere Blutdruck spricht für den normalen Zustand des Adrenal-Systems.

Herr Umber empfiehlt gehörige Mengen Pankreonpulvers, etwa 10 g, zu geben. Aber auch akute Fälle können spontan wieder ausheilen.

Herr Dresel (Schlußwort): Pankreon wirkt vor allem wohl auf die Fettverdauung. (Schluß folgt.)

IV. Bücherschau.

Dr. **Max Hirsch** (Berlin): **Ueber das Frauenstudium.** 1920. Curt Kabitzsch, Leipzig und Würzburg. — 142 S., Preis 8,60 Mark.

Verfasser hat das Frauenstudium nach seiner historischen Entwicklung, der Soziologie, Statistik und Hygiene sowie in seinen Beziehungen zur Mutterschaft eingehend geschildert. Ein so gediegenes Buch wie das vorliegende konnte nur auf der Grundlage eingehendster Studien und scharfsinnigster Kritik verfaßt werden. Das Für und Wider des Frauenstudiums ist auf der Basis breitester Rundfragen, Statistiken und sonstiger Forschungen bis in die feinsten Einzelheiten hinein durchdacht und erwogen worden. Der historische Ueberblick zeigt die harten, siegreich durchgefochtenen Kämpfe der Frau um die gleiche Berechtigung im Hörsaal der Universitäten und sonstigen Hochschulen. Das zweite Kapitel lehrt, daß das Frauenstudium sich erst dann vollständig durchsetzen konnte, als es die wirtschaftliche Notwendigkeit zur Grundlage bekam, und daß die heutige Frauenbewegung in weiterem Sinne in ihrem Wesen ein Produkt der ökonomischen Entwicklung ist. Die Statistik des Frauenstudiums zeigt dessen rapiden Anstieg in allen Kulturländern. Der Biologie des Frauenstudiums ist ein besonders ausführlicher Abschnitt des Buches gewidmet. In diesem Kapitel wird unter anderem die Aufhebung des Zölibats der Lehrerinnen dringend gefordert und Fragen ähnlicher Art einer scharfen Kritik unterzogen. Die Befähigung der Frau zum akademischen Studium gegenüber der des Mannes wird nach allen Seiten hin vorurteilsfrei und sorgfältig erwogen. Den Beziehungen des Frauenstudiums zur Ehe ist eine eingehende Bearbeitung zuteil geworden. Der Hygiene des Frauenstudiums konnte nur ein so anerkannter Frauenarzt wie Verfasser am besten gerecht werden. Hinsichtlich der Beziehungen des Frauenstudiums zur Mutterschaft kommt Verf. zu dem Schluß, daß ein Einfluß des Studiums auf die Fortpflanzungsfähigkeit im Sinne einer Schwächung nicht nachweisbar ist.

Hirsch's Buch über das Frauenstudium ist ein Kulturdokument allerersten Ranges, ein Buch, das jeder gern lesen wird, der den gewaltigen Kampf der Frau um die Gleichberechtigung verfolgt hat. Es wird als willkommene wissenschaftliche Gabe von vielen gerade jetzt empfunden werden, wo sich die Frau die politische Gleichstellung mit dem Manne erstritten und errungen hat. Hh.

Diagnose, Behandlung und Heilung der männlichen Gonorrhoe durch den praktischen Arzt. Von Dr. med. **Hans Ratzeburg,** Schwerin i. Mecklbg. (Heft 4 der Sammlung diagnostisch-therapeutischer Abhandlungen für den praktischen Arzt.) München 1919, Verlag der „Aerztlichen Rundschau", Otto Gmelin. 24 S. Pr. 2 M.

Verf. will mit dieser kleinen Schrift dem Allgemeinarzt ein Gebiet zurückerobern, das er in den letzten Jahrzehnten, wenigstens in der Groß- und in der Mittelstadt, so gut wie ganz an den Spezialisten verloren hat. R. beschränkt sich dabei im wesentlichen auf die akute Gonorrhoe. Die therapeutischen Ratschläge des Verfassers halten die richtige Mitte zwischen exspektativer Untätigkeit und der für den Patienten oft nicht minder schädlichen spezialistischen Polypragmasie, und man wird ihnen meist zustimmen können. Aber auch auf diagnostischem Gebiet wird nach Verf. von fachärztlicher Seite des Guten oft zu viel getan, insbesondere bei der Feststellung, ob eine Gonorrhoe als geheilt zu betrachten ist; gegen diese Uebertreibungen zieht Verf. energisch zu Felde und betont, daß z. B. Vorschriften, wie sie Mulzer kürzlich in der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" zusammengestellt hat, in der Praxis einfach nicht durchführbar sind.

Im übrigen verweisen wir bezüglich des Inhalts auf das lesenswerte, frisch und flott geschriebene Heft selbst. T.

V. Technische Fortschritte.

Membranfilter, erfunden von Zsigmondi und Bachmann, hergestellt von der Chemischen Fabrik E. de Haën in Seelze bei Hannover, sind zu der Klasse der sog. Siebfilter zu zählen, in der sie einen ganz besonderen und zwar gänzlich neuen Typ darstellen. Da man bei dem Membranfilter in der Lage ist, die Porengröße oder Porenweite willkürlich zu verändern, so kann man von vornherein ein blankes Filtrat erzielen. Mit dem Membranfilter ist es gelungen, Bakterien abzufiltrieren, so daß man mit seiner Hilfe auch Tuberkelbazillen im Urin nachweisen kann, und ferner auch ein Toxin des aus Gasbrandfällen isolierten Bacillus oedematis maligni zu gewinnen. Die Membranfilter werden nicht einfach auf die Filterfläche aufgelegt oder in den Filtertrichter hineingesetzt, sondern ebenso wie Filtriertücher zwischen Dichtungsflächen eingespannt. Zur Trinkwasserreinigung, etwa für die Benutzung in Kurorten ohne Wasserleitung, hat die Firma R. Winkel in Göttingen brauchbare Kleinapparate hergestellt, die man bequem an den Wasserhahn anschließen kann. Der Preis für die Membranfilter, insbesondere für die Kleinapparate, ist als durchaus mäßig zu bezeichnen. Hh.

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Der für die Jahre 1920/1922 neugewählte Aerztekammerausschuß wählte zu Mitgliedern des ärztlichen Ehrengerichtshofs die Aerzte: Geh. San.-R. Dr. Heidenhain (Stettin), Geh. San.-R. Dr. Herzau (Halle a. d. Saale), San.-R. Dr. Rumpe (Krefeld), Geh. San.-R. Dr. Stöter (Berlin), zu deren Stellvertretern: Geh. San.-R. Dr. Hansberg (Dortmund), Geh. San.-R. Dr. Friedberg (Frankfurt a. M.), San.-R. Dr. Lubinus (Kiel) und San.-R. Dr. Joachim (Charlottenburg). Durch Erlaß der Preußischen Regierung werden ferner zu Mitgliedern des ärztlichen Ehrengerichtshofs ernannt: Geh. San.-R. Dr. Selberg (Berlin) und San.-R. Dr. Schäffer (Berlin-Schöneberg), zu deren Stellvertretern Geh. San.-R. Dr. Riedel und Geh. San.-R. Dr. Hesselbarth (Charlottenburg).

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Um den älteren in Deutschland approbierten Zahnärzten die Möglichkeit zu gewähren, die zahnärztliche Doktorwürde zu erlangen, hat der zuständige Minister die medizinischen Fakultäten der preußischen Universitäten ermächtigt, bis zum 1. Oktober 1922 nicht im Besitz des Reifezeugnisses einer höheren neunklassigen deutschen Lehranstalt befindliche Zahnärzte zu promovieren, falls sie ein mindestens achtsemestriges Studium und die Approbation als Zahnarzt nachweisen und eine von der Fakultät als wissenschaftlich wertvoll anerkannte Arbeit eingereicht haben. — Eine analoge Verfügung wurde für Bayern erlassen.

Halle a. S. Das neu errichtete Extraordanariat für Zahnheilkunde erhielt Geh. San.-Rat Prof. Dr. Hans Körner.

Breslau. Wie in Charlottenburg, wird auch hier eine Akademie für soziale Medizin errichtet, die im Oktober d. J. ihre Tätigkeit beginnen wird. Mit der Leitung wurde der Privatdozent Prof. Dr. Carl Prausnitz betraut, welcher gleichzeitig einen Lehrauftrag für soziale Hygiene erhielt.

Münster i. W. Der Augenarzt Dr. Hermann Davids erhielt einen Lehrauftrag für Hygiene des Auges.

Leipzig. Privatdozent Dr. Otto Kleinschmidt, Oberarzt der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik, wurde zum außerordentlichen Professor ernannt.

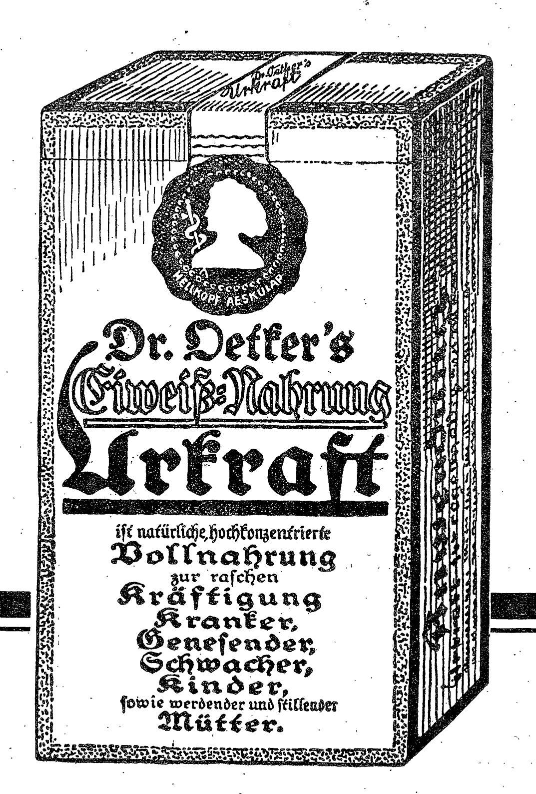
Rostock. Prof. Dr. Werner Hueck (München) wird der Berufung auf das hiesige Ordinariat der allg. Pathologie und pathologischen Anatomie Folge leisten.

Wien. Als Privatdozenten habilitierten sich Dr. G. Engelmann und Dr. J. Haß für orthopädische Chirurgie, Dr. F. Demmer für Chirurgie, Dr. Th. Franz für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. O. Albrecht für Psychiatrie, Dr. H. Sicher und Dr. V. Frey für Zahnheilkunde. Die mit dem Titel eines außerordentlichen Universitätsprofessors bekleideten Privatdozenten Dr. Hermann Schlesinger (innere Medizin) und Dr. Viktor Hanke (Augenheilkunde) wurden zu a. o. Professoren ernannt.

Innsbruck. Hier habilitierten sich Dr. G. Stiefler für Psychiatrie, Dr. E. Maliwa für innere Medizin.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.


ALVITOL
Hervorragendes Spezifikum
bei
Fluor albus
selbst in hartnäckigsten Fällen mit überraschendem Erfolge angewandt.
Alvitol
ist ein bewährtes Antiseptikum, Desinfiziens und Prophylaktikum bei Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.
Von Spezialärzten vielseitig empfohlen.
Proben und Literatur stehen den Herren Aerzten gratis zur Verfügung.
Alleinige Fabrikanten:
Max Hahn, G. m. b. H.,
Chemische Fabrik,
Berlin SW68.
Alvitol



Aus dem Gutachten des öffentl. Lab. von Dr. Aufrecht, Berlin:

Bakteriologischer Befund:

Kulturversuche haben ergeben, daß die Probe frei von schädlichen Mikroorganismen war.

Chemischer Befund:

Wasser	7,88 %
Stickstoffsubstanz	67,96 %
Fett (Aetherextrakt)	2,80 %
Lösliche Kohlenhydrate	19,12 %
Unlösliche Kohlenhydrate	0,52 %
Rohfaser	0
Asche	1,72 %
Phosphorsäure	0,46 %
Von der Stickstoffsubstanz erwiesen sich als verdaulich	88,2 %

Nach diesem Befund halte ich die Probe für ein beachtenswertes Präparat. Es ist besonders gekennzeichnet durch den hohen Gehalt an leichtverdaulichen Eiweißstoffen, besitzt bei sachgemäßer Aufbewahrung eine gute Haltbarkeit und gibt, mit Wasser oder Milch angerührt und aufgekocht, eine schmackhafte Speise von reinem, mildem Geschmack. In hygienischer Beziehung gibt sie zu einer Bemängelung keinen Anlaß.

Kostenfreie Muster stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Trocknungs-Werke Oetker & Co., G. m. b. H., Bielefeld

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Copenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 21. August 1920 | No. 34

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

89. Jahrgang | Berlin, 21. August 1920 | No. 34

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Wie soll der Erfolg einer Badekur bewertet werden?

Von Professor Dr. **Theodor Brugsch** (Berlin).

Die Frage wie die Antwort erscheint vielleicht ketzerisch; aber die Frage muß einmal diskutiert werden, sie drängt sich auf, wenn man die Indikationen für Bäder und Badeorte durchsieht. Kaum ein einziges Bad Deutschlands, das nicht beinahe allen Kranken und Erholungsbedürftigen beinahe alles verspräche; so wenigstens nach den von Badeverwaltungen verschickten Prospekten, wenn ich auch manche Kohlensäurequellen und Trinkquellen ausnehmen möchte, für die von einzelnen Aerzten engere Indikationen gezogen sind.

Und doch liegt in der richtigen Wahl des Badeortes und in der richtigen Auswahl und Anwendung balneologischer Faktoren eine für das Wohl und Wehe vieler Menschen entscheidende Bedeutung, wobei aber auch nicht verschwiegen werden darf, daß häufig genug mehr durch ein Zuviel angewandter balneologischer Mittel, insbesondere physikalischer Faktoren, geschadet wird als durch ein Zuwenig. Viele tausende Menschen, die wenigsten eigentlich krank, die meisten an der Grenze von Gesundheit und Krankheit, aber erschöpft, abgespannt, erwarten von der Badekur Wiedererlangung einer v o l l e n Gesundheit und damit einer Leistungsmöglichkeit, die wirtschaftlich erst eine Badekur rentabel macht. Auf den vollen Erfolg der Badekur also ist der Badearzt angewiesen.

Wie aber hat man bisher den Erfolg einer Badekur beurteilt? Ein Kranker mit Herzbeschwerden kam in ein Herzbad. War der Blutdruck vorher hoch, so blieb er nach der Badekur auch hoch. Vielleicht hat sich die Pulsfrequenz etwas heruntergesetzt; die Herzsilhouette hat sich sicher nicht verkleinert, und wenn keine Symptome von Insuffizienz des Kreislaufs vorhanden waren, was ja für die Mehrzahl aller in die Kohlensäurebäder verwiesenen Herzkranken zutrifft, so können solche Symptome auch nicht schwinden. Das Facit also: Der Kranke hat am Kreislaufapparat keine wesentlichen Aenderungen aufzuweisen, aber er fühlt sich wohler. Aehnlich ist es mit anderen Organerkrankungen; der Maßstab bleibt das funktionelle Verhalten der Organe unter Berücksichtigung der groben anatomischen Abweichungen, nur als paralleler Ausdruck des Erfolges wird der subjektive Erfolg bewertet, allerdings unter der Ergänzung der objektiven Gewichtszunahme, Aussehen und Bewegungsfähigkeit des Behandelten.

Die Klinik beurteilt heute einen Kranken nicht mehr rein symptomatisch, sondern funktionell, oder sagen wir besser konstitutionell und lokalistisch unter Zugrundelegung der pathologischen Organveränderungen. Daß eine solche Beurteilung nicht den höchsten Gesichtspunkt darstellt, ist wohl jedem Arzt geläufig. Der Kranke will personal genommen werden, d. h. als psycho-physisches Neutrum*). Es baut sich auf dem körperlichen Unterbau der psychische Oberbau auf, und in diesen mündet die gestörte Korrelation bzw. das gestörte Gleichgewicht zwischen inneren und äußeren Bedingungen aus, und das erzeugt das Bild des Krankseins, Erschöpftseins etc. Das personale Erfassen eines Kranken ist höchste Kunst des Arztes zu allen Zeiten gewesen und macht es verständlich, warum zu allen Zeiten dem großen Arzte ein Erfolg blühen konnte. Das ist auch das Isotheos des Hippokrates. Soweit die Klinik Lehrgebäude ist, ist sie aber nichts weniger als personal! Das ist nicht zuletzt auch der wahre Grund der Abneigung gegen die Schulmedizin, die, was etwa ihre Popularität anbetrifft, keineswegs Volksmedizin ist. Nur darf man eines nicht unterschätzen! Je schwerer das Individuum krank ist, desto stärker tritt die Störung der Funktion hervor, der psychische Oberbau zurück. Daher die Klinik die Kranken aus der Behandlung entläßt, wenn sie funktionell ihr Gleichgewicht einigermaßen wiedererlangt haben, d. h. wenn sie Rekonvaleszenten sind. Anders aber in der Balneologie! Die wenigsten der die Bäder aufsuchenden Kranken zeigen schwere funktionelle Störungen, die meisten stehen, wie schon eingangs erwähnt, an der Grenze von gesund und krank, sind Rekonvaleszenten, Erschöpfte, Abgespannte oder durch irgendwelche funktionellen Defekte im Gleichgewicht labile Individuen. Es tritt die funktionelle Störung zurück, daher steht das personale Erfassen hier im Vordergrund. Es muß also die Balneologie ganz allgemein gesprochen einen personalen Gesichtspunkt in der Beurteilung des Erfolges balneologischer Faktoren viel stärker hervortreten lassen als etwa die Klinik. Personale Beurteilung in der Balneologie soll aber nun nicht etwa heißen, jeder Badearzt soll seine Kranken individuell behandeln — das ist selbstverständliche Forderung —, sondern das heißt, es soll eine personale Methodik geschaffen werden, mit Hilfe deren balneologische Heilfaktoren in ihrer Wirkung auf den Kranken ausprobiert werden können. Da der psychische Oberbau auf der Basis einer bestimmten körperlichen Ausgleichslage, die wir einmal den körperlichen Gesamtzustand nennen wollen, erfaßt werden soll, muß die Methode experimentell psychologisch sein. Da auf der anderen Seite die körperliche Ausgleichslage berücksichtigt werden muß als Unterbau, so muß sie auch auf experimentell-physiologischen Methoden (sog. funktionellen Methoden) unter voller Berücksichtigung anatomisch-pathologischer Verhältnisse aufgebaut sein. Also nicht eine rein psychologische Methodik soll angewandt werden, sondern eine psychologisch-physiologische Methodik.

*) A. Brugsch, Personalismus. Berl. Klin. Wochenschrift Nr. 14, 1920.

Ich denke mir im allgemeinen die Durchführung etwa folgendermaßen:

Am wichtigsten ist zunächst die Feststellung der Gefühlslage; sie ist das Entscheidende für die Trennung von Gesund und Krank in psychischer Beziehung. Die Gesamtheit der Gefühle, die positiv auch als Lust-, negativ als Unlustgefühle (im allgemeinen) bezeichnet werden, nennen wir Gefühlslage. Im einzelnen lassen sich (nach der Lehre der Psychologie) elementare Qualitäten der Gefühle präzisieren (Lust-, Unlustgefühle, Erregungs-, Beruhigungsgefühle, Spannungs-, Entspannungsgefühle), doch müssen wir diese Gefühle lokalisieren (Allgemeingefühle, Lokalgefühle bzw. Organgefühle). Die methodische Aufgabe erfordert nun die Feststellung der Gefühlslage unter bestimmten körperlichen Bedingungen bzw. des Wechsels der Gefühlslage unter bestimmter funktioneller Belastung, bzw. der Abhängigkeit der Gefühlslage von funktionellen Defekten bestimmter Organe, so z. B. Spannungsgefühle bei einem dilatierten Herzen, Erregungsgefühle bei gesteigertem Tonus des vegetativen Nervensystems, Unlustgefühle bei sinkendem Blutdruck und dergleichen mehr. Als Methode der Prüfung käme hier wohl in erster Linie die sog. Ausdrucksmethode von Psychologen in Frage, wobei bestimmte charakteristische körperliche Begleiterscheinungen der Gefühle registriert werden, die auf einen Sinnenreiz hin erfolgen (z. B. Puls- und Atemschwankungen, psychogalvanischer Reflex, plethysmographisch registrierbare Blutverschiebungen, Blutdruckänderungen). Daß diese Methode eine ganz besondere Bedeutung besonders für die pathologischen Organgefühle hat, braucht wohl nicht besonders hervorgehoben werden. Das alte Mannkopf'sche Symptom (Druck auf einem Schmerzpunkt und Zunahme der Pulsfrequenz) ist die einfachste experimentelle Anordnung, die naturgemäß im weitesten Umfang auszubauen ist. Sodann ist unter den Organgefühlen den sog. Spezialgefühlen eine besondere methodische Forschung zu widmen, die ja z. T. schon in den Pawlow'schen Sekretionsversuchen angebahnt ist: Appetit, Ekel, Hunger, Durst sind funktionell auf Organe und Systeme zu beziehen, ihre Abhängigkeit von der allgemeinen Gefühlslage ist festzustellen und ihre Beeinflußbarkeit durch balneologische Faktoren zu prüfen. Neben der Gefühlslage spielt sodann die Psychophysik der Arbeit methodologisch eine Hauptrolle. Ermüdung, Erschöpfung bilden im physischen Oberbau mit Schwächungen der Willensakte. Die uns schon lange bekannte Ermüdungskurve, mit Hilfe ergographischer Messungen gewonnen, stellt gewissermaßen die neutrale psycho-physische Kurve der Ermüdung dar, die aber an den zu untersuchenden Kranken auf die die Ermüdung bedingenden Faktoren zu analysieren ist (z. B. Kreislauf, Verringerung der O_2-Oxydation durch Blutveränderungen etc.). Eine große Rolle wird in dieser Untersuchungsreihe der Plethysmographie zukommen, die mit ihren pathologischen Blutverschiebungen Ermüdungsreaktionen bedingt. Neben dem ergographischen Verfahren kommen sodann Reaktionsversuche in Betracht, die, fortlaufend wiederholt, eine der Mosso'schen Ergographenkurve ähnliche Kurve ergeben. Weiter läßt sich die Ermüdung quantitativ fassen durch Auswahl geistiger Aufgaben (Additionsexempel), abgelöst durch ergographische Versuche, wobei sich die Reziprozität in der geistigen Ermüdung und körperlichen Ermüdung zeigt. Das Wesentliche bleibt aber auch hier wieder die festzustellende Abhängigkeitsbeziehung zwischen funktionellen Gleichgewichtsstörungen einerseits und der psycho-physischen Reaktion andererseits. Im einzelnen kann das Methodologische hier nicht näher ausgeführt werden, ja es muß überhaupt erst die Methodik unter Anlehnung an psychologische Technik und z. T. ältere physiologische Technik ausgebaut werden. Es fragt sich, ob über die eben angeführten Feststellungen hinaus eine sich auf die Prüfung von Empfindungen, Wahrnehmung, Enge des Bewußtseins, Aufmerksamkeit und Denken sich erstreckende mehr oder minder rein psychologische Methodik zur Feststellung balneologischer Heilerfolge förderlich sei; es wäre immerhin möglich, und ich möchte mich keineswegs dagegen oder unbedingt dafür aussprechen; das ist nur durch das Studium dieser Dinge feststellbar. Im ganzen lag es mir ja überhaupt fern, eine Methodik etwa vorschreiben oder auch nur in schärferen Umrissen andeuten zu wollen: das aber glaube ich doch mit meinen Ausführungen klargelegt zu haben, daß gerade die Balneologie berufen ist, sich der Aufgaben einer personalen Erfassung der zu behandelnden Gesunden oder Kranken methodisch zu widmen, nicht zuletzt, um schärfere Indikationen für Wahl des Badeortes und der Heilfaktoren aufstellen zu können.

II. Referate.

Innere Medizin.

Hans Roderburg (Mülheim-Ruhr): **Ueber intravenöse Strophantintherapie.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 6.)

Nach Verfasser ist die intravenöse Strophantintherapie angezeigt bei der akuten, subakuten und chronischen Form der Herzinsuffizienz leichten Grades, eignet sich aber nicht zur Bekämpfung der im Gefolge akuter Infektionskrankheiten auftretenden Kreislaufschwäche. An Wirksamkeit ist sie der per os- und intravenösen Digitalistherapie entschieden überlegen, was besonders bei den Fällen vom Typus der hepatischen Stauung zum Ausdruck kommt. Durch Strophantin nicht beeinflußbare gewisse Fälle von nicht renal bedingter Hydropsie können nur durch Anwendung von Theobrominpräparaten entwässert werden. Die Injektionen sind absolut unschädlich und gefahrlos, auch bei exzessiver Blutdrucksteigerung, selbst in den Endstadien der chronischen Nephritis. Die eine Nephritis komplizierende, meist sehr schwere Herzinsuffizienz ist gerade durch intravenöse Strophantinapplikation noch am ehesten beeinflußbar. Als Anfangsdosis empfiehlt sich 0,3—0,5 mg, als Höchstdosis 0,75— 1 mg. Zwischen den einzelnen Einspritzungen sollen mindestens 24 Stunden, im allgemeinen 2—5 Tage liegen.

Prof. **Forschbach** (Berlin): **Eine neue Methode zur Behandlung der Pleuraempyeme.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 7.)

Die vom Verfasser angegebene Methode zur Behandlung der Pleuraempyeme ist eine Modifikation der Bülau'schen Heberdränage. Er benutzt zur Eröffnung der Pleura ein nach dem Prinzip des in der Gynäkologie gebräuchlichen Douglas-Troikart konstruiertes Instrument. Zwischen die etwas breiten Branchenenden einer Kornzange ist ein lanzettförmiges Messer durch zwei Stifte eingeklemmt, das nur an seiner Spitze und bis in die Nähe der größten Breite haarscharf geschliffen ist. Die Schneiden überragen um ein weniges die stumpfen Branchenränder. Der Griff des Messers ist seitlich abgezogen und mit einer Delle für den Daumen der das Instrument haltenden Hand versehen. Das Instrument wird nach örtlicher Anästhesierung der Haut in den Pleuraraum eingestoßen. Alsdann werden die Branchen der Zange gesperrt, das Messer zurückgezogen und sofort ein Gummidrän von 5—6 mm lichter Weite zwischen die Schaufeln der Zange eingeführt. Längs des Schlauches werden dann die Branchen der Zange zurückgezogen. Der Schlauch sitzt nun fest in der Wundöffnung; eine einfache Heftpflasterfixation genügt; er wird sofort mit einer Saugvorrichtung in Verbindung gebracht. Schon nach 2 Tagen ist der Wundkanal so weit und fest, daß bequem ein Darmrohr eingeführt werden kann. Verfasser veranschaulicht an 2 Fällen die Brauchbarkeit des Verfahrens, welches anscheinend auch die Heilungsdauer gegenüber der eingreifenderen Rippenresektion abkürzt.

Dr. **R. Joachimowitz** (Wien): **Die Radix primulae, ein neues Expektorans.** (Wien. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 28.)

In unserer Zeit, in der die aus dem Auslande stammenden Heilmittel teils zu teuer, teils überhaupt nicht erhältlich sind, tut man gut daran, die vergessenen Volksmittel auf ihre Wirksamkeit zu prüfen. Verf. hat die Primel (Primula officinalis Jacquin, Primula veris L.) systematisch untersucht und gefunden, daß alle Organe dieser Pflanze Saponine enthalten, am meisten die Wurzel. Die Formel: „Rp. Decoct. radic. primul. 1,0—2,0 : 90,0, Sol. Saccharin. ad 100,0 S. Zweistündig einen Eßlöffel voll" ist ein sehr wirksames, angenehm schmeckendes und verhältnismäßig billiges Expektorans. Die expektorierende Wirkung beruht in der Hauptsache auf dem Gehalt an Saponinen, von denen die Wurzel etwa gleichviel enthält wie die Quillaja und die etwa 5 mal so stark sind wie die frisch getrocknete Senegawurzel. Der Verordnung können andere Expektorantien, wie Liq. ammon. anis., ohne weiteres zugesetzt werden. Hh.

Dr. **R. Lewin** (Cassel): **Ueber Milchbehandlung, insbesondere bei Tuberkulose.** (Therapie der Gegenwart, April 1920.)

R. Schmidt (Prag) und A. Kraus hatten angegeben, daß subkutane Milchinjektionen bei Tuberkulösen in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht ebenso wirken wie Injektionen von Alt-Tuberkulin. Verfasser kann diese Angaben auf Grund seiner Nachprüfung nicht bestätigen. Danach sind die Alttuberkulininjektionen durch Milchinjektionen nicht zu ersetzen. Auch bei einer Reihe anderer Affektionen, wie Gonorrhöe und ihren Komplikationen, subakuten und chronischen Arthritiden, Ruhr, waren die Milchinjektionen meist ohne Einfluß auf den Verlauf. L.

Sanitätsrat Dr. **Georg Liebe** (Waldhof-Elgershausen): **Partialbehandlung nach Deycke-Much.** (Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. 31, Heft 2.)

Verf. hat bei einer größeren Zahl (134) von Lungenkranken die Partialantigenbehandlung nach Deycke-Much in Anwendung gebracht. Die technischen Vorschriften werden von der herstellenden Firma Kalle & Co. in Biebrich in einer kleinen Anleitung angegeben. Vom Verf. wurden auf dem Oberarm 17 Tuberkuloseimpfungen gemacht, und zwar die Kontrolle ohnehin für sich und in 4 Reihen R, A, F und N

untereinander; R und A von 1:10 Million bis 1:10000 Million, F 1:10000 bis 1:10 Million und N 1:1000 bis 1:1 Million. Die Reaktion wird am 4. und 7. Tage nachgesehen und in das kleine mit dem Präparat mitgelieferte Schema eingetragen. Aus den Reaktionsergebnissen werden dann die Schlüsse auf die Behandlung und deren Erfolg gezogen. Verf. hat von der Partialbehandlung nur recht gute Erfolge gesehen, über die er in einer ausführlichen, sorgfältig durchgearbeiteten Statistik berichtet. Hh.

Oberarzt Dr. **Kurt Klare** (Scheidegg im Allgäu): **Der heutige Stand der Tuberkulosebehandlung mit Partialantigenen nach Deycke-Much.** (Intern. Centralbl. f. Tuberkulose-Forschung, Bd. 14, Nr. 1.)

Verf. gibt einen sorgfältigen Uebersichtsbericht über den Stand der Tuberkulosebehandlung mit Partialantigenen nach Deycke-Much. Nur wenig Autoren berichten danach, daß es ihnen nicht gelungen sei, größere Erfolge zu erzielen, während die meisten Autoren günstige Berichte veröffentlichen konnten. Bei der Lungentuberkulose bieten die weniger fortgeschrittenen und gutartigen Fälle die besten Aussichten. Von den einzelnen Formen der Lungentuberkulose sind die exsudativen und knotigen Formen leichter zu behandeln als die fibrösen. Die Entfieberung geht durch die Partialantigene recht schnell vor sich. Außer der akuten Tuberkulose und der Darmtuberkulose lassen sich alle Arten von Tuberkulose durch das Deycke-Much'sche Verfahren gut beeinflussen. Der Arbeit ist eine ausführliche Literaturübersicht beigefügt. Hh.

Prof. Dr. **Strecker**: **Die physikalische Therapie der Tuberkulose unter dem Gesichtspunkt des Wärmehaushalts.** (Ztschr. für phys. und diät. Therapie 1920, Heft 6.)

Verf. geht von der Beobachtung aus, daß die Tuberkulösen leicht über ein großes Wärmebedürfnis klagen. Daher sollte man bei diesen Kranken mit wärmeentziehenden Mitteln möglichst vorsichtig sein und eher wärmespendende Prozeduren in Anwendung bringen, wie diese in der Volksmedizin in den Katzenfellen und Speckpflasterpackungen so beliebt sind. Auf Grund seiner Erwägungen fordert er für die Behandlung der Tuberkulösen: 1. die Behandlung des überanspruchten Wärmeverlustes bei abnormem physikalischen Ausgleich durch Bettruhe, Vermeidung von größeren Wärmeverlusten und wärmesparende Maßnahmen, 2. die Behandlung des überanspruchten inneren Energieumsatzes bei mangelnder Wärmeproduktion durch innere und äußere Energiezufuhr, Steigerung der Körperwärme durch Zuführung von Wärme und Anregung der Wärmeströmung durch hydro- und balneotherapeutische Maßnahmen, und 3. Umstimmung der Wärmeströmung und des Wärmeverlustes durch klimatische und physikalische Einflüsse. In der Tuberkulinbehandlung sieht Verf. eine Möglichkeit der aktiven Wärmesteigerung. Die Erfolge der künstlichen Höhensonne erklärt er durch eine Reizung und Steigerung der Energie. — Die Arbeit gibt eine Reihe von beherzigenswerten Anregungen und neuen Ausblicken für die Therapie der Tuberkulose und verdient größte Beachtung und Nachprüfung. Hh.

Oberarzt **Johannes Weicksel** (Leipzig): **Unsere Beobachtungen mit dem Friedmann-Tuberkulosemittel.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 11.)

In der Leipziger medizinischen Universitätspoliklinik wurden vom Januar bis Mai 1919 21 an Lungentuberkulose erkrankte Patienten mit dem Friedmann'schen Mittel geimpft. Darunter waren 3 chronische fibröse Tuberkulosen mit Erkrankung wenigstens eines Oberlappens, 1 akute floride Phthise, eine mäßig vorgeschrittene Oberlappentuberkulose und 16 leichte tuberkulöse Spitzenkatarrhe des ersten Stadiums. Die Injektion wurde stets intraglutäal hinter dem Trochanter maior ausgeführt. Es wurde 0,5 schwach eingespritzt, nur in dem schweren Fall von florider Phthise 0,5 ganz schwach. Fieber oder Herdreaktionen wurden nach der Einspritzung nicht beobachtet. Das Gesamtresultat war folgendes: 4 Fälle wurden gebessert (darunter 2 klinisch geheilt); 9 Fälle blieben stationär, 6 haben sich verschlechtert; 2 Patienten sind bereits gestorben. Die 4 gebesserten Fälle waren sämtlich Lungenspitzenkatarrhe; unter den 6 verschlechterten Fällen finden sich 3 leichte offene Spitzentuberkulosen, 2 Patienten mit chronischer fibröser Tuberkulose eines Oberlappens und einer Lungenspitze, ein Kranker mit noch mäßig vorgeschrittener aktiver ulzeröser Oberlappentuberkulose. L.

Chirurgie.

Prof. Dr. **M. Katzenstein** (Berlin): **Die Deckung schlechter Amputationsstümpfe mit Haut und die Technik der Immunisierung der Haut.** (Deutsch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 31.)

Verf. ist der Ansicht, daß die Entzündung eines Gewebes infolge Eindringen von Bakterien ein Zeichen für das Fehlen der Gewebsimmunität ist; der Enderfolg dieser Entzündung ist für das restierende Gewebe die Erzielung einer solchen Immunität. Bei ruhender Infektion kommt trotz des Vorhandenseins pathogener Bakterien eine Entzündung nicht zustande. Die Entzündung tritt jedoch ein, wenn durch Schädigung des Gewebes das Gleichgewicht zwischen Bakterien und Gewebe gestört wird. Da jede Operation eine Zerstörung des Gewebes bedeutet, kann die ruhende Infektion aktiv werden und die Entzündung hervorrufen. Da man bei Kriegsverletzten mit dem Vorhandensein einer ruhenden Infektion stets rechnen muß, empfiehlt sich die Vermeidung ihrer Aktivierung vor allem bei Operationen zwecks Deckung schlechter Amputationsstümpfe. Verf. empfiehlt daher, aus der Umgebung durch Hautablösung eine Hauttasche zu bilden und diese zu tamponieren, um dadurch eine etwa vorhandene ruhende Infektion zu verbreiten; es entstehen Entzündungserscheinungen, nach deren Ablauf die Sekundärnaht ohne erneute Reaktion vorgenommen werden kann. Auch Reamputationen sollen aus diesem Grunde in zwei Sitzungen vorgenommen werden, und zwar in der ersten Sitzung die Reamputation und Vorbereitung der Haut, in der zweiten Sitzung die Sekundärnaht. Bei der Deckung infektiöser Defekte mit gestielten Hautlappen wird in der ersten Sitzung der Lappen gebildet, in der zweiten der Lappen infiziert und in der dritten Sitzung übertragen oder in der ersten Sitzung eine Hauttasche gebildet und infiziert, in der zweiten der Lappen gebildet und in der dritten übertragen. Hh.

Dr. **H. Picard** (Frankfurt a. M.): **Anästhesieversuche mit Eukupin.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 28.)

Die anästhesierende Wirkung des Eukupins veranlaßte Verf., das Mittel in der Chirurg. Universitätsklinik zu Frankfurt a. M. (Prof. Schmieden) zur Infiltrationsanaesthesie, zur Blasenanaesthesie und zur Behandlung der Röntgenulzera anzuwenden. Bei einer 2 pro mill.-Lösung von Eukupin, der mit Rücksicht auf die anfängliche Schmerzhaftigkeit jeweils die gleiche Menge einer 5 pro mill.-Lösung von Novokain-Adrenalin zugesetzt wurde, war die Anaesthesierung nach Oberst hinsichtlich der Dauer der Wirkung nahezu ideal befriedigend; jedoch wirkte die Gewebsschädigung, die sich vielfach einstellte, ernüchternd. In der Blasenanaesthesierung wurden mit der Eukupinlösung sehr günstige Resultate erzielt. Zur Anwendung kam eine 1 prozent. Lösung von Eukupin, das sich beim Kochen mit Olivenöl gut lösen läßt. Nach Entleerung der Blase mittels Katheters werden 5 bis 10 ccm der Lösung allmählich steigernd in die Blase eingespritzt und möglichst lange in der Blase gehalten. Die Behandlung kann täglich wiederholt werden und wirkt bei Tenesmen und sonstigen Blasenschmerzen sehr günstig. Gegen die schmerzhaften Röntgenulzera hat sich eine 2 proz. Eukupinsalbe recht gut bewährt. Hh.

Ohren, Nase, Hals.

San.-Rat Dr. **Obermüller** (Mainz): **Das Otalgan, seine Wirkungsweise und Anwendung.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 18.)

Zur Bekämpfung des Schmerzes und der Entzündung bei der Otitis media empfiehlt Verfasser das Otalgan, ein lipoidlösliches Glyzerin-Opium-Pyrazolongemisch, welches fabrikmäßig von den Sächsischen Serumwerken in Dresden hergestellt wird. Die Wirkung des Präparats kommt auf osmotischem Wege zustande; abgesehen von der entzündungswidrigen Wirkung der Anästhesie wird die Resorption der Entzündungprodukte angeregt, wozu möglicherweise noch eine Schädigung der Bakterien tritt. Nach Verfasser kommt die Parazentese erst dann in Frage, wenn nach energischer mehrtägiger Anwendung des Otalgans Schmerzen, Vorwölbung und Fieber nicht geschwunden sind. Eine Intoxikationsgefahr besteht trotz des relativ hohen Opiumgehalts nicht, da von dem Mittel nur ein ganz geringer Bruchteil zur Aufsaugung gelangen kann. R. L.

Dr. **Franz Fabry** (Heidelberg): **Die konservative Therapie der chronischen Mittelohreiterungen.** (Fortschr. d. Mediz. 1920, Nr. 11/12.)

Bei chronischen Mittelohreiterungen ist man von der Trockenbehandlung mittels saugfähiger Tampons im Gehörgang abgekommen, da hierdurch eine Reinigung der Mittelohrräume von Sekret nicht erreicht wird. Wenn die Perforation genügend groß ist, dann kann vom Gehörgang aus mit einer Ohrenspritze oder einem Irrigator unter gewissem Druck eine Ausspülung mit körperwarmer physiologischer Kochsalzlösung vorgenommen werden. Die zurückbleibende Flüssigkeit wird durch Gazestreifen abgesogen. Bei borkigem, festhaftendem Sekret wird für 24 Stunden ein Gazestreifen eingelegt, der mit Borsäureglyzerin (10 %) oder der offizinellen Wasserstoffsuperoxydlösung getränkt ist. Bei hartnäckigen Fällen müssen die Spülungen von der Tube aus vorgenommen werden. Granulationsbildungen werden durch Höllenstein oder chirurgisch entfernt. ic.

Dr. **Bruno Grießmann** (Berlin): **Ueber die Beseitigung von Borken und Membranen in der Nase.** (Beitr. zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses, Band 14, Heft 1—2.)

Borken kommen im Anschluß an Eiterungen und bei Ozäna in der Nase recht häufig vor und können sehr lästig werden. Verf. empfiehlt von einem Gemisch Pepsin 20,0 + Acid. boric. 10,0 zwei Messerspitzen in ½ Liter lauwarmem abgekochten Wassers zu lösen und damit die Nase zu spülen, in der Zwischenzeit dasselbe Pulver 3—6 mal täglich zu schnupfen. Die verdauende Kraft des Pepsins hat sich hier recht gut bewährt und die mechanische Spülwirkung ausgezeichnet unterstützt. Auch bei der Rhinitis fibrinosa hat sich das Verfahren besonders bewährt; inwieweit die Membranbildung der Diphtherie sich durch das geschilderte Verfahren beeinflussen läßt, ist noch nicht erprobt. ic.

Dr. **Paul Ramdohr** (Heidelberg): **Ueber die Behandlung der Kehlkopf-Tuberkulose, insbesondere mit Röntgenstrahlen.** (Ztschr. für Ohrenheilkunde, Band 79, Heft 1—2.)

Bei dem vierten Teile aller Fälle von Lungentuberkulose findet sich auch eine tuberkulöse Mitbeteiligung des Kehlkopfes. Die Erfolge der Behandlung mit Röntgenstrahlen sind allgemein anerkannt. Die Fälle wurden in einer Sitzung mit der höchsten, gefahrlos vertragenen Einzeldosis von außen bestrahlt, und zwar in der Regel an zwei aufeinanderfolgenden Tagen, abwechselnd auf je ein Feld rechts und links. Als Einzeldosis wurde bei 25 cm Fokusabstand 100 X gewählt (Fürstenaus Intensimeter 320 F.). Gefiltert wurde mit 0,5 cm Zinkfolie. Die Härte der Röhre betrug 10 Bauer Belastung bei ca. 22 Milliampère. — Zwischen den einzelnen Bestrahlungsgruppen wurde eine Pause von 4 Wochen eingeschaltet. Von unterstützenden Cholin- und Metallsalz-Injektionen wurde Abstand genommen. Hh.

Dr. **Ernst Wodak** (Prag): **Die Veränderungen von Larynx und Trachea bei gutartiger Struma.** (Zeitschr. für Laryngologie und Rhinologie, 1920, März.)

Die Beschwerden der Kropfträger sind Atemnot, Heiserkeit, Schluckbeschwerden und die Symptome der Basedowschen Krankheit, wie Hervortreten der Augen usw. In der Laryngologischen Klinik in Prag (Prof. Friedel Pick) hat Verfasser Untersuchungen über den Einfluß der benignen Struma angestellt und gefunden, daß sie sich nicht nur auf Rekurrens und Trachea äußert, sondern auch häufig Veränderungen in der Lage des Kehlkopfs verursacht. Der Kehlkopf kann entweder verlagert oder um seine Achse gedreht sein. Die Drehungen können so hochgradig werden, daß ein Stimmband gar nicht zu sehen ist. In anderen Fällen kann es auch zu Bewegungseinschränkungen des Larynx kommen. Auch bei Basedow-Strumen kommt es öfter zu einer Stenose der Trachea infolge von Druck seitens der Struma. ic.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Prof. Dr. **A. Döderlein** (München): **Ueber Eigenblutinfusion.** (Münchener medizinische Wochenschrift, 1920, Nr. 17.)

Der ungeheuer schmerzliche Eindruck, den der Tod durch Verbluten verursacht, macht das eingehende Studium dieser Frage zu einer zwingenden Notwendigkeit aller Aerzte, zumal es hier immer heißt: Rasch handeln! Von verschiedenen Seiten wurde experimentell bewiesen, daß das Leben nicht erhalten werden kann, wenn der Blutverlust 3% des Körpergewichtes übersteigt. Ein Blutverlust von 1000 g erzeugt noch keine bedrohliche, aber immerhin schon eine so bemerkenswerte Anämie, daß der Geburtshelfer unbedingt einen weiteren Blutverlust verhindern muß. Aus diesem Grunde ist es notwendig, in allen Fällen von erheblicheren Blutungen bei Geburten das verlorene Blut sorgfältig zu sammeln und zu wägen. Bei einem Blutverlust von über 3% des Körpergewichts ist eine Erhaltung des Lebens durch Kochsalzinfusionen nicht mehr möglich, wohl aber durch Bluttransfusion.

Bei der Schwierigkeit der Bluttransfusion von Mensch zu Mensch ist die Eigenblutinfusion nach Thies von besonders hohem Wert. Das Verfahren läßt sich verhältnismäßig einfach in solchen Fällen durchführen, wo Menschen sich in ihre eigenen Körperhöhlen hinein verbluten, wie das z. B. bei Tubenschwangerschaften der Fall ist. Die Bedenken, die gegen das Verfahren laut geworden sind, kann Verfasser nicht teilen. Das aus der Bauchhöhle wiedergewonnene Blut, befreit von Fibrin und vermischt mit einer Lösung von Kochsalz oder Natrium citricum ist wieder funktionstüchtig, wenn die roten Blutkörperchen nicht schon zerfallen sind. Wie lange das extravasierte Blut brauchbar bleibt, ist nicht leicht zu beantworten; praktisch ist aber diese Frage deshalb nicht so wichtig, weil die Blutinfusion immer recht schnell vor sich gehen muß.

Die Technik der Eigenblutinfusion ist sehr einfach. Man schöpft das Blut aus der Bauchhöhle und gießt es durch einen mit Gaze ausgekleideten Trichter in einen Erlenmeyer-Kolben. Hier wird es in der Menge von 3:2 mit einer 1% Lösung von Natrium citricum vermischt und körperwarm in eine Vene infundiert, wobei man die Kubitalvene, besser noch eine Mesenterialvene wählt. Die Erfolge der Eigenblutinfusion sind geradezu verblüffend; man muß das Verfahren als ungefährlich und lebensrettend bezeichnen. rs.

Privatdozent Dr. **Georg Linzenmeier** (Kiel): **Der Kaiserschnitt an der Toten und Sterbenden.** (Medizinische Klinik 1920, Nr. 17.)

Verfasser berichtet über 4 Fälle von Sectio caesarea abdominalis unmittelbar nach dem Tode, bei denen 3 mal ein lebendes Kind erzielt wurde. Er bespricht im Anschluß daran die Frage des Kaiserschnittes an der Toten und an der Sterbenden. Im ersteren Falle soll der Arzt, wenn er nicht zu spät, d. h. früher als 20 Minuten post mortem zur Stelle ist, sofort mit einem beliebigen Messer den Kaiserschnitt machen. Blutstillung und Asepsis fallen natürlich weg; die Plazenta ist zu entfernen, weil sie vielleicht durch postmortale Uteruskontraktionen noch per vaginam ausgestoßen werden könnte, was zu unliebsamen Situationen führen würde. Die Uteruswunde und die Bauchwunde schließt man durch Naht. — Handelt es sich um eine totkranke Hochschwangere, so ist nach Verfasser die Rücksicht auf das Kind maßgebend. Besteht die Möglichkeit einer vaginalen leichten Entbindung, so ist sie natürlich vorzunehmen, ev. mit Hysterotomia anterior. Ein nicht geschädigtes Kind wird sich auf diese Weise gut und ohne Schädigung entwickeln lassen. Hat aber das Kind durch den agonalen Prozeß etwas gelitten, so ist nach Verf. der abdominale Kaiserschnitt zu machen, unter Wahrung voller Asepsis und lege artis, weil diese Methode am ungefährlichsten für das Kind ist; falls die Patientin nicht im Koma ist, muß narkotisiert werden. L.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Dr. **Erich Becker** (Hamburg-Eppendorf): **Eine empfehlenswerte Methode für Spirochätenfärbungen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 10.)

Verfasser empfiehlt folgende einfache Methode zur Darstellung von Spirochäten, insbesondere auch der Spirochäta pallida:

1. Betropfen (1 Minute), dünn ausgestrichener Präparate des Reizserums mit der Ruge'schen Lösung A (Eisessig 1, Formalin 20, Wasser 100). Die Lösung wird ein- bis zweimal erneuert. Abspülen.
2. Mit einer 10proz. Tanninlösung beizen, über der Flamme bis zum Aufsteigen leichter Dämpfe ½ Minute erwärmen. Der Tanninlösung wird zur Erhöhung der Haltbarkeit 1,0 Karbolsäure zugesetzt. Abspülen.
3. In der Wärme Nachfärben mit Ziehl'schem Karbolfuchsin (5proz. Karbolsäure 100, gesättigte alkohol. Fuchsinlösung 10). Dauer ½—¾ Minute. Abspülen. Trocknen mit Fließpapier, Untersuchen in Zedernöl. Zum Aufheben der Präparate neutraler Kanadabalsam. R. L.

Privatdozent Dr. **H. Els** (Bonn): **Neuere Gesichtspunkte bei der Behandlung der Hodentuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 17.)

Auf Grund seiner Erfahrungen an 7 Fällen empfiehlt Verfasser, in allen Fällen von sicherer Hodentuberkulose, sowohl bei einseitiger wie bei doppelseitiger Erkrankung, stets frühzeitig zu operieren und, wenn eine typische Resectio epididymidis ohne Rezidivgefahr nicht mehr möglich ist, ein etwa haselnußgroßes Stück des Hodens zu reimplantieren, um so dem Erkrankten und seiner Fortpflanzungsfähigkeit Beraubten wenigstens die Ausfallserscheinungen zu ersparen und ihm Lebensfreude, Energie und Arbeitslust zu erhalten. Als Ort der Einpflanzung wählte Verfasser entweder das Skrotalbett oder den Leistenkanal. L.

Strahlenbehandlung.

Dr. **Georg Kneier** (Breslau): **Beitrag zur Röntgenbestrahlung tuberkulöser Halslymphdrüsen.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 20.)

Verf. hat mit der Röntgenbestrahlung der Halslymphdrüsen so gute Erfahrungen gemacht, daß er empfiehlt, von operativen Eingriffen grundsätzlich Abstand zu nehmen. Erst wenn die Röntgenbestrahlung zu keinem Erfolge führt, was bei den Fällen des Verfassers in 1,8% sämtlicher Fälle zutraf, ist eine Operation am Platze. Verf. hat nach 3, auch schon nach 2 Bestrahlungen größere Tumoren sich zurückbilden sehen; gewöhnlich waren jedoch 5—6 Bestrahlungen erforderlich, bei verkästen Tumoren 6—8. Mehr wie 8 Bestrahlungen wurden nicht vorgenommen, sondern erst die Spätreaktion abgewartet, die gewöhnlich zur Heilung führt. Eingeschmolzene Drüsen wurden punktiert. Wenn Fisteln vorhanden sind, wird dieselbe Bestrahlungsdosis angewendet, aber die Fistelöffnung nach Iselins Vorschlag mit einem Bleiplättchen bedeckt. Schädigungen wurden dabei nie beobachtet. Hh.

Dr. **H. Chaoul** (München): **Die Röntgenbestrahlung beim Rektumkarzinom.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 7.)

Die Erfolge der Röntgenbestrahlung des Rektumkarzinoms waren bisher sehr unbefriedigend. Wegen der ungünstigen Lokalisation gelang es nicht, die nötige Strahlenmenge dem Tumor zu verabfolgen, so daß man in der Mehrzahl der Fälle durch Reizdosen dem Kranken mehr schadete als nützte. Wie Verfasser nun auf Grund seiner Erfahrungen in der Münchener chirurgischen Universitätsklinik mitteilt, ist es ihm neuerdings auch beim Rektumkarzinom gelungen, durch zielbewußte Ausgestaltung der Bestrahlungstechnik bessere Erfolge zu erreichen. Die Röhre wird mit Hilfe einer in das Rektum eingeführten Sonde und des Leuchtschirms so eingestellt, daß die Strahlen sämtlich den Tumor zentral treffen. Die Entfernung des Tumors wird vorher so genau als möglich gemessen. Zur Anwendung kommt ein Intensivreformapparat, sekundäre Spannung 200 000 Volt, Coolidgeröhre, 0,7 Zinkfilter. Abstand der Röhre 25 cm, 7—8 Einfallsfelder von je 6×8 cm. So gelingt es, die Karzinomdosis an den Tumor zu bringen. Mittels dieser Technik wurden eine Anzahl inoperabler Rektumkarzinome bestrahlt und fast in allen Fällen eine weitgehende Besserung erzielt. Aufhören der Blutungen, Schmerzen, Verkleinerung des Tumors, Beseitigung der Stenosierung, erhebliche Körpergewichtszunahme. Vorläufig kommen nach Verfasser für die Röntgenbehandlung nur inoperable Rektumkarzinome in Betracht; die operablen gehören dem Chirurgen. R. L.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Sitzung vom 19. VII. 20 (Schluß).

Tagesordnung:

Herzmuskeltonus und postdiphtherische Herzmuskel-Lähmung.

Herr Ulrich Friedemann: Bei starker Arbeit nimmt die diastolische Füllung des Herzens zu unter dem Nachlassen des Tonus. Das haben die Kliniker festgestellt, während es die Physiologen bestreiten. Der Tonus ist unabhängig von der Verkürzung (Uexküll). Es ist eine Sperrung, die den Muskel in einer Lage festhält und in der er nun Widerstand leistet. Der Tonus eines Hohlmuskels hat nichts mit seiner Weite zu tun, sondern diese hängt von dem Druck ab. Das gleiche gilt für Magen und Herz.

Es gibt einzelne postdiphtherische Zustände, bei denen Herzerweiterung vorliegt. Dieser Dilatation gehen aber Zeichen von Inkompensation, z. B. Zyanose und Atemnot, voraus. Die postdiphtherische Herzlähmung schließt sich aber nicht an den Infekt an, sondern die Menschen erscheinen völlig gesund, und plötzlich setzt die Erkrankung ein. Sie fällt immer mit einer Vasomotorenlähmung zusammen. Da wo auch peripherische Nervenlähmungen auftreten, fällt beides zusammen. Die Ursache der Dilatation liegt nicht in einer primären Kompensationsstörung. Dafür sprechen die Todesfälle an Herzlähmung im Anschluß an die Infektion. Die Diphtheritis setzt in schweren Fällen Myokarditis; sie hat aber nach Krehl schleichenden Charakter. Dementsprechend müßte die Herzstörung sich allmählich nach dem Infekt entwickeln. Aber das ist nicht der Fall. Denn die Kranken bekommen, scheinbar ganz gesund, plötzlich die Herzschwäche; nun setzt gleichzeitig eine Vasomotoren-Lähmung — Blässe, tiefliegende Augen, niederer Blutdruck — ein. Das sah schon Romberg. Dazu kommen gleichzeitig noch die peripheren Nervenstörungen. Die ganze postdiphtherische Erkrankung ist eben etwas einheitliches, dem eine Systemerkrankung zugrunde liegt. Die Erscheinungen am Gefäßsystem und am Herzen fallen nicht nur zeitlich zusammen, sondern verlaufen auch in gleicher Richtung. Es ist eine plötzliche Erschlaffung der Gefäßwände. Es wird eben der Tonus durch das Gift getroffen. Er erschlafft im ganzen Gefäßrohr. Die Gefäßlähmung ist nicht muskulär, sondern eine Vergiftung des vegetativen Nervensystems (Sympathicus). Es handelt sich also darum, daß die neurotrope Komponente des Giftes im Nervensystem zur Geltung gelangt; es ist bald mehr Gefäß-, bald mehr motorische Lähmung. Das wird durch den Zondek'schen Vortrag in diesem Vereine bestätigt. Bei Myxoedem besteht ebenfalls ein schwaches Herz entsprechend dem schwachen Sympathicustonus. Auch die Japaner und Holländer fanden, daß der Tonus des Zwerchfells nicht vom Phrenicus versorgt wird (dieser bewirkt nur die Bewegung), sondern durch Fasern aus dem Gangl. coeliacum. Diese Tatsache ist für die Lehre von der Enteroptose wichtig. Die sympathische Innervation der Skelettmuskeln wird zwar noch bestritten. Aber Löwe fand im Vorhof des Froschherzens ein Ganglion, das ein Tonuszentrum darstellt; sämtliche Ganglienzellen des Herzens hängen aber vom Sympathicus ab. Auch von außen treten sympathische Fasern an das Herz; vielleicht ist der Akzelerans sympathisch. Freilich hat auch der Vagus Einfluß auf den Herztonus. Er bringt bei Erregung keine Erhöhung, sondern eine Erschlaffung, im Gegensatz zum Sympathicus. Dieser verhindert eine zu starke Erweiterung des Herzens durch den Druck der Flüssigkeit. Der Vagus scheint das Herz der wechselnden Füllung anzupassen.

Therapeutisch muß man bei diesem Leiden optimistisch denken. Der Herzmuskel ist nicht gestört, sondern nur der Tonus des Nerven beeinflußt. Wir müssen also den Tonus durch Medikamente heben, besonders auf die Nervenenden einwirken; zunächst ist Adrenalin indiziert (F. Meyer und Heubner), aber man sollte davon dauernd ganz dünne Lösungen in die Vene einfließen lassen. Hypophysin sensibilisiert die Sympathicus-Enden für die Wirkung des Adrenalins.

Aussprache:

Herr Kraus sah nie ein Zusammenfallen der Herz- und der peripherischen Störungen. Nach Eppinger (Graz) liegt keine Myokarditis, sondern eine auf toxischem Wege entstandene Auflösung, Autolyse des Herzmuskels vor. Auch der quergestreifte Muskel hat Beziehungen zum autonomen Nervensystem.

Herr Jungmann sah ebenfalls zwischen vasomotorischen und peripherischen Störungen zeitlichen Zusammenhang. Auch im frühen Stadium sind schon anatomische Veränderungen des Herzens gegeben: feine fettige Degeneration des Herzmuskels. Man sieht übrigens häufig zugleich auch Nierenveränderungen.

Herr F. H. Levy warnt vor einem einseitigen Standpunkt. Die Verhältnisse beim Menschen sind viel zu kompliziert. Bei den Avertebraten ist es einfacher. Da gibt es Muskeln, die nur tonisch, andere, die nur phasisch innerviert werden. Jeder innervierte Muskel erhält einen höheren Tonus.

Herr Hirschberg: Die postdiphtherische Akkommodationslähmung zeigt nie eine Erkrankung des Sehnerven. Ferner ist ein Intervall zwischen Erkrankung und Augenstörung nachweisbar. Selten sah er Herzstörungen. Alle Fälle sind geheilt bei unbedeutender Therapie: Sir. ferri jodati, guter Ernährung und passender Brille und Uebung.

Herr U. Friedemann (Schlußwort): Herz- und neuritische Erscheinungen gehen durchaus nicht immer zusammen; sind aber beide vorhanden, so treten sie zeitlich zusammen auf; dem geschwächten Sympathicustonus entspricht ein gesteigerter Vagustonus: daher kommt die respiratorische Arrythmie. Sicher hat der Sympathicus Beziehungen zum quergestreiften Muskel. Mode.

IV. Bücherschau.

Prof. Dr. **Ernst Schwalbe** (Rostock): **Vorlesungen über Geschichte der Medizin.** Dritte umgearbeitete Auflage. 1920, Gustav Fischer, Jena. 181 S.

Die vorliegenden Vorlesungen über die Geschichte der Medizin zeichnen sich besonders dadurch aus, daß sie den trockenen, nur aufzählenden Ton historischer Darstellung vermeiden und dafür mit subjektivem Gepräge einen großzügigen Ueberblick über die Geschichte der Medizin als einen Teil der Kulturgeschichte geben. Der Zusammenhang der Geschichte der Medizin und ihr Uebergreifen auf das politische Gebiet zeigt sich gerade in der vorliegenden dritten Auflage durch die öfteren, das Buch belebenden Hinweise auf die durch den Weltenbrand geschaffene Zeitenlage, die ja in der Geschichte der Menschheit eine nicht geringe Bedeutung für sich in Anspruch nimmt. Besonders sind diese Hinweise ausgezeichnet durch die warme Liebe zum Vaterland, die aus ihnen spricht, zu dem Vaterland, in dessen Dienst Verfasser leider allzufrüh auf so tragische Weise sein Leben lassen mußte. Namentlich bei dem immer mehr schwindenden Interesse für die Geschichte der Medizin an unseren Hochschulen ist der frühe Verlust dieses ausgezeichneten frischen Gelehrten zu beklagen, dessen „Geschichte der Medizin" das beste Dokument für sein Wesen und Wirken bedeutet. Mögen die weiteren Auflagen des Buches einen Bearbeiter finden, der Ernst Schwalbes würdig ist. Hirsch.

Die Tuberkulosetherapie des praktischen Arztes. Von Dr. Kurt Klare, Oberarzt der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg i. Allgäu unter Mitarbeit von Dr. Ernst Altstädt, Oberarzt am Allg. Krankenhause in Lübeck. 3. vermehrte Auflage. (Sammlung diagnostisch-therapeutischer Abhandlungen für den praktischen Arzt, Heft 2). 1919, Verlag der Aerztlichen Rundschau, Otto Gmelin, München. 60 S. Pr. 3,50 Mk.

Die kleine Schrift gibt in ihrem ersten, der Lungentuberkulose der Erwachsenen gewidmeten Hauptabschnitt, Winke zur Behandlung der Lungenblutung, der Nachtschweiße, des Fiebers, des Hustens, der Durchfälle und endlich der Psyche der Psyche der Phthisiker; es folgen Bemerkungen über die Behandlung der Phtise mit natürlichem und künstlichem Licht. In dem zweiten Hauptteil wird die Lungentuberkulose der Kinder nach Symptomatologie, Diagnose und Therapie

in großen Zügen dargestellt. Den Schluß des Heftes bildet der von Altstädt verfaßte Aufsatz über die Tuberkulosebehandlung mit Partialantigenen nach Deycke-Much, die der Autor zum Gemeingut der praktischen Aerzte machen möchte. Mag nach den bisherigen Erfolgen dieser Therapie eine so weitgehende Forderung nun berechtigt sein oder nicht, so dürfte ihre Verwirklichung in den gegenwärtigen Zeitläuften schon aus äußeren Gründen nur in bescheidenem Umfang möglich sein. T.

Prof. Dr. **Hugo Schulz** (Greifswald): **Similia similibus curantur.** 1920, Verlag der Aerztlichen Rundschau in München. — 44 S., Preis brosch. 4,50 M.

Ein Denker und Forscher, der, unbeirrt durch die Urteile und Meinungen der Umwelt, den Weg geht, den er als den richtigen erkannt hat, hat in der vorliegenden Studie sich den Größten der Großen als Kronzeugen heraufbeschworen. Glaubte man hier und da, der ehrlichen Ueberzeugung von Schulz über die Bedeutung des „Similia similibus curantur" einen unangenehmen Beigeschmack abgewinnen zu müssen, so zeigt Verf. in der vorliegenden Arbeit, daß diese Auffassung bereits ausführlich vertreten ist bei Hippokrates dem Großen von Kos. Allerdings ist von den hippokratischen Lehrsätzen gerade dieser von der homöopathischen Schule in den Vordergrund gerückte Satz in Vergessenheit geraten, so daß schon Galenus davon nichts mehr erwähnt. —

Auf die Studie ist vom Verf. die größte historische Sorgfalt verwendet worden. Ihr Studium wird jedem, der die Arbeit aufmerksam verfolgt, viel Interessantes bieten.

Hirsch.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Voraussetzungen der freien Arztwahl. In einer von reicher Erfahrung zeugenden Abhandlung beschäftigt sich Dr. Erich Levy (Hamburg) in der Hamburger Wochenschrift für Aerzte und Krankenkassen (1920, Nr. 32) mit den Voraussetzungen der freien Arztwahl, die er in der Form der organisierten freien Arztwahl für die einzig mögliche Art der Krankenkassenpraxis hält. Unverblümt werden hier offen und ehrlich alle Punkte, die für und wider die freie Arztwahl sprachen, erörtert und die Fehler gezeigt, die wie jedem System, so auch der freien Arztwahl innewohnen. In der Abhandlung wird aber nicht nur getadelt und Anklage erhoben, sondern vor allem gezeigt, wie die unangenehmen Nebenerscheinungen der freien Arztwahl beseitigt werden können. Interessant ist der Vorschlag der Honorarstaffelung, um der die Kollegen wie die Patienten in gleicher Weise schädigenden Uebergeschäftigkeit der „Kassenlöwen" einen Damm entgegenzusetzen. — Die Abhandlung muß von jedem Arzt gelesen werden, der sich mit sozialer Medizin befaßt, — und das dürfte heute, wo wir auf dem langerstrebten Wege zur freien Arztwahl einen wesentlichen Schritt weitergekommen zu sein scheinen, wohl fast ausnahmslos ein jeder Arzt sein; die verschwindend wenigen Glücklichen, welche die schwierige soziale Lage des Aerztestandes am eigenen Leibe nicht spüren, schon aus Standesinteresse.

Hamburg. Ein bemerkenswertes Urteil wurde, wie die „Arbeiter-Versorgung" mitteilt, vor kurzem inbetreff des Friedmann'schen Tuberkulosemittels vom Versicherungsamt Hamburg gefällt. Einer lungenleidenden Kranken hatte der Kassenarzt das Mittel eingespritzt, und dafür von der Kranken 24 Mark verlangt und auch erhalten. Die Kranke verlangte von der Krankenkasse die Rückerstattung der 24 Mark, was diese jedoch ablehnte, weil sie nur zur Beschaffung der notwendigen Arzneien oder Heilmittel verpflichtet, das Friedmann'sche Mittel aber nicht als notwendiges Mittel anzuerkennen sei, da sein Wert wissenschaftlich noch nicht einwandfrei erwiesen sei. Die Kranke erhob Klage gegen die Kasse, das Versicherungsamt wies (28. Mai 1920) die Klage ab, indem es sich dem Standpunkt der Kasse anschloß. Es heißt in der Urteilsbegründung u. a.: Es bedarf keines Beweises dafür, daß die Heilkraft des Friedmann'schen Heilmittels noch nicht feststeht. . . . Solange aber neue Heilmethoden oder Heilmittel noch im Stadium der Erprobung sind und noch keine allgemeine Anerkennung gefunden haben, sind die Krankenkassen nicht verpflichtet, sie ihren Mitgliedern oder deren Familienangehörigen zu gewähren. . . . Wenn neue Heilmethoden und Heilmittel sich noch keine Anerkennung bei der überwiegenden Mehrheit der mit Recht vorsichtigen und sorgfältig prüfenden Professoren und Praktiker haben verschaffen können, kann die Gewährung solcher Kuren den Kassen ebensowenig zugemutet werden, wie die Kassenmitglieder sich mit Recht dagegen verwahren können, als Versuchsobjekte für solche vielfach doch auch bedenklichen Heilmethoden zu dienen.

Berlin. Durch Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 28. Dezember 1919 war eine verbesserte Ausbildung der zukünftigen Kreis-, Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte für notwendig erklärt worden. Diesem Zweck werden die in Charlottenburg, Breslau und Düsseldorf neu begründeten Akademien für soziale Hygiene in erster Linie dienen. Das Studium an diesen wird 4 Monate dauern. Es umfaßt die Einführung in die soziale Hygiene auf Grund der Volkswirtschaftslehre und der medizinischen Statistik, die soziale Pathologie, die Gesundheitsfürsorge und Krankenfürsorge einschließlich Seuchenlehre und Seuchenbekämpfung, die soziale Gesetzgebung, Versicherungsmedizin und Organisation des ärztlichen Standes einschließlich ärztlicher Ethik. Daneben finden für Aerzte, welche die Kreisarztprüfung ablegen wollen, Kurse in Bakteriologie und Hygiene, gerichtlicher Medizin und gerichtlicher Psychiatrie statt.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Bad Nauheim. Den Teilnehmern der hier vom 19. bis 24. September stattfindenden 86. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte werden weitgehende Ermäßigungen gewährt, um eine zahlreiche Beteiligung zu ermöglichen. Ganz allgemein wird die Wohnung sowohl in Hotels wie in Privathäusern unentgeltlich geboten. Für Frühstück wird überall 3 Mark berechnet werden. Für die volle Verpflegung sind drei Stufen vorgesehen, zu je 20 M., 28 M., 34 M. Außerdem sollen für diejenigen Teilnehmer, die in Privatwohnungen unterkommen, in einigen Gasthäusern billige Mittags- und Abendmahlzeiten eingerichtet werden.

Berlin. Der bisherige Fabrikarzt Dr. Engel wurde zum Regierungsrat und Mitglied des Reichsgesundheitsamts ernannt.

Bonn. Hier habilierte sich Dr. F. Bach für Hygiene, Dr. O. Löwenstein für Psychiatrie.

Breslau. Privatdozent Prof. Dr. Dreyer, Leiter der orthopädischen Abteilung der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik ist am 30. Juli plötzlich gestorben.

Halle a. S. Für Chirurgie habilitierte sich hier Dr. W. Budde.

Cassel. Im Alter von 80 Jahren starb hier der besonders als Anthropologe bekannte San.-R. Dr. M. Alsberg.

Kiel. Der vor kurzem erst hierher als a. o. Professor und Direktor der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik berufene Dr. Alfred Zimmermann wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Hamburg. Als Privatdozenten habilitierten sich Dr. H. Hensen für Augenheilkunde, Dr. med. vet. W. Nöller für angewandte Protozoenkunde.

Rostock. Der Privatdozent für experimentelle Pathologie an der hiesigen Universität, Prof. Dr. Franz Best, starb 42jährig in München.

Erlangen. Der a. o. Professor Dr. Ludwig Robert Müller in Würzburg wurde zum ordentlichen Professor der inneren Medizin und Direktor der hiesigen medizin. Klinik (als Nachfolger von Penzoldt) ernannt. Dem Privatdozenten der Gynäkologie Dr. H. Wintz wurde der Titel und Rang eines a. o. Professor verliehen. Der Direktor der hiesigen Frauenklinik Prof. Dr. Seitz erhielt einen Ruf an die Universität Frankfurt a. M.

München. Privatdozent Dr. Dax, Oberarzt der chirurgischen Klinik, hat die Leitung der chirurg. Abteilung am Krankenhaus Schwabing übernommen. Dr. W. H. Veil, bisher Privatdozent und Sekundärarzt an der medizinischen Klinik in Frankfurt a. M., früher in Straßburg, habilitierte sich für innere Medizin.

Tübingen. Prof. Dr. Fleischer, Oberarzt der hiesigen Universitätsaugenklinik, erhielt einen Ruf als ord. Professor nach Erlangen.

Wien. Hier starb Prof. Dr. Adam Politzer, einer der Bahnbrecher der modernen Ohrenheilkunde, im Alter von fast 85 Jahren. Er hatte sich 1861 in Wien als Privatdozent der Ohrenheilkunde habilitiert, und wurde 1871 außerordentlicher, 1894 ordentlicher Professor. 1906 trat er nach erreichter Altersgrenze von der Leitung der Universitäts-Ohrenklinik zurück. Von seinen größeren Werken ist sein Lehrbuch der Ohrenheilkunde und die Geschichte der Ohrenheilkunde zu nennen. Durch das von ihm angegebene „Politzer'sche Verfahren" wird sein Name in der Ohrenheilkunde dauernd fortleben.

Bäderwesen.

Badereisen für Minderbemittelte. Der Kurdirektor von Pyrmont, Major Prestien, teilt in der Zeitschrift „Deutscher Verkehr" mit, daß verschiedene deutsche Bäder der Not der Zeit Rechnung tragend Minderbemittelten ganz erhebliche Ermäßigungen auf Kurmittel und Kurtaxe gewähren. Als Minderbemittelte werden im allgemeinen Kurgäste angesehen, die ein Einkommen unter 12000 Mark haben, das von der Behörde der Heimat bescheinigt werden muß. — Man darf es als einen dankenswerten Entschluß der deutschen Bäder begrüßen, wenn sie, wiewohl ihre Lage durchaus nicht die günstigste genannt werden kann, doch so viel soziales Gefühl haben, den Minderbemittelten, die einer Kur bedürfen, weitgehendes Entgegenkommen zu zeigen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 28. August 1920 | No. 35

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

An unsere Leser!

Im Interesse einer pünktlichen Lieferung unserer Zeitung bitten wir unsere geschätzten Abonnenten, welche unsere Wochenschrift **durch die Post** zugestellt erhalten, **Beschwerden über ausgebliebene Nummern** zunächst an das **zuständige Bestellpostamt** zu richten und dort um **Nachlieferung der fehlenden Nummern** zu ersuchen.

Bleiben **diese Reklamationen erfolglos,** dann wende man sich an den unterzeichneten Verlag, der unverzüglich Abhilfe schaffen wird.

Verlag der Allgemeinen Medizinischen Central-Zeitung
Berlin W 30.

89. Jahrgang Berlin, 28. August 1920 No. 35

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen des Stoffwechsels, der Verdauungsorgane und der Nieren.*)

Von Dr. **Leopold Schliep**, Baden-Baden.

Wenn die Balneologie sich heute vor die hohe Aufgabe gestellt sieht, am Wiederaufbau unserer Volkskraft mitzuwirken, so müssen die Schädigungen durch die Kriegsernährung unser besonderes Interesse beanspruchen, weil weite Volkskreise von ihnen betroffen wurden und ihre Nachwirkungen sich voraussichtlich noch auf Jahre hinaus erstrecken werden.

Haben wir uns ein Bild von der tiefgreifenden Aenderung unserer Ernährung infolge des Krieges gemacht, so werden sich uns zunächst die Fragen aufdrängen: was hat die Ernährungsphysiologie zu sagen? — Wie haben die Verdauungsorgane die Belastungsprobe des Krieges bestanden? — Was haben uns die Kriegserfahrungen auf dem Gebiet der Pathologie des Stoffwechsels gelehrt? — Und endlich: wie haben die Schlackenräumer unseres Stoffwechsels, die Nieren, sich mit den Anforderungen der Kriegszeit abgefunden? —

Während sich noch im Jahre 1918 optimistische Stimmen vernehmen ließen, daß die bisher gültigen Grundlagen der Ernährungsphysiologie erschüttert seien und daß die Kriegsernährung die Widerstandsfähigkeit unseres Volkes gegen Krankheiten in keiner Weise herabgesetzt habe, zeigt uns ein Blick in die Denkschrift des Reichsgesundheitsamtes, welche geradezu katastrophalen Verwüstungen die Kriegsernährung an unserem Volke angerichtet hat: Anstatt eines Durchschnittsernährungsbedarfs von täglich 2280 Kalorien konnten nur 1000 Kalor. verteilt werden, anstatt einer Tagesmenge von 320 g Mehl ohne Kleie nur 160 g mit Kleie, anstatt 1050 g Fleisch pro Woche nur 135 g, anstatt 75 g Fett pro Tag nur 7 g. — So sank das durchschnittliche Körpergewicht bei der Stadtbevölkerung um rund 20%. — Die Zahl der Opfer der feindlichen Blockade in den vier Kriegsjahren 1915/1918 betrug insgesamt 762 796. Besonders betroffen wurden die Kinder zwischen 1 und 15 Jahren und die Frauen zwischen 15 und 30 Jahren.

Eingehende Untersuchungen über unsere Kriegsernährung verdanken wir Hermann Strauß, Rubner, Zuntz, v. Noorden, A. Loewy und seinen Mitarbeitern, Lichtwitz, Backhaus, Rabe, Kestner, Köhler, Neumann, Brugsch, Jansen und anderen; ausführliche zusammenfassende Darstellungen Determann, Gorn sowie Rubner und Fr. Müller. Die Kriegsnahrung unterscheidet sich sowohl quantitativ als qualitativ von der Ernährungsweise in Friedenszeiten durch ihren geringeren Kalorienwert, ihre Eiweiß- und Fettarmut, ihren Zellulose-, Wasser- und Kochsalzreichtum und den Mangel an Abwechselung. — Aus den mehrere Monate lang durchgeführten Untersuchungen Jansens wissen wir, daß erst eine Kalorienmenge von 2100 Kal. bei einem Stickstoffgehalt von 9,7 g = 60,5 g Eiweiß ausreicht, um bei einem Durchschnittsgewicht von 62,1 kg und geringer Arbeit das Stickstoffgleichgewicht zu halten. — Von größter Bedeutung sind die Befunde von A. Loewy und Zuntz, welche unter dem Einfluß der Kriegsernährung eine Abnahme des Umsatzes fanden, welche größer war, als es der Gewichtsabnahme entsprach; dies trifft jedoch nur für mäßige Gewichtsabnahme zu, während es bei stärkerer Gewichtsabnahme zu einer Schädigung infolge gesteigerten Eiweißzerfalls kommt. — Die von Röse und Ragnar Berg aufgeworfene Frage der Abhängigkeit des Eiweißbedarfs vom Mineralstoffwechsel ist noch nicht entschieden. — Fettmangel kann zwar in weitgehendem Maße durch Kohlehydrate ausgeglichen werden, die Nahrung wird aber dadurch voluminöser, weniger schmackhaft und hat geringeren Sättigungswert. Wahrscheinlich kommt auch den Lipoiden eine besondere Bedeutung zu. — Ob Vitamine und Salze in der Kriegsnahrung stets in ausreichender Menge bzw. zweckmäßiger Mischung vorhanden waren, werden wir später sehen. — Infolge ihres Zellulosereichtums wird die Kriegsnahrung schlechter ausgenutzt, insbesondere nach Strauß, Kuttner und Albu das Kriegsbrot; wie v. Noorden, Finkler u. a. gezeigt haben, brauchte das nicht der Fall zu sein, wenn wir die nötigen Mühlen hätten, um die Kleie fein genug mahlen zu können. — Die von Jansen gefundenen Zahlen (60,5 g Eiweiß bei 2100 Kal.) stellen ein Minimum dar; das Optimum liegt zweifellos höher: wir müssen pro Tag und Kopf durchschnittlich 2500 Kal. und 70—80 g Eiweiß fordern. — Die bisherigen Lehren der Ernährungsphysiologie haben auch unter den abnormen Verhältnissen des Krieges im großen und ganzen ihre Bestätigung gefunden. Der Eiweißumsatz kann bis zu einem gewissen Grade der Eiweißzufuhr angepaßt werden. Der Kaloriengehalt der Nahrung ist wichtiger als der Eiweißgehalt, solange ein Minimum an Eiweiß gewährleistet ist.

Der Schwund des normalen Fettpolsters unter der Kriegsernährung begünstigte das Entstehen von Enteroptose, Hernien und deren Inkarzeration, Wanderniere, Volvulus und Ileus. Besonders häufig waren Magen- Darmerkrankungen. — Die sekretorischen Verhältnisse des Magens studierten Albu, Curschmann, Bruegel, Zweig, Boenheim, Böttner, Crämer, Jung, Heinsheimer, Römheld, Kuttner, Grote und Janus. Während die Mehrzahl der Untersucher vorwiegend Sub- bzw. Anazidität konstatierten, fanden Boenheim, Grote, Crämer und Curschmann Zunahme der Fälle von Superazi-

*) Referat auf dem 36. Balneologen-Kongreß in Berlin.

dität. Curschmann erklärt diese Differenzen mit der individuell verschiedenartigen Reaktionsweise auf Reize der Ingesta und auf psychische Einflüsse (Disposition zu Vagotonie). Die Superaziditätskurve seiner Fälle stieg am höchsten in denjenigen Monaten, in welchen Knappheit an Fleisch, Eiern und Käse herrschte und dafür viel Steckrüben und grobe Kohlsorten genossen wurden. Auch das in frischem Zustande gegessene, säuerliche Brot hat Schuld an der Zunahme der Superazidität. Die Fälle von Anazidität hatten z. T. Ruhr durchgemacht, welche nach Alexander, Schröder, Albu, Porges, Frankl und Plaschkes außerdem in der Aetiologie von gastrogenen Diarrhöen, Dünn- und Dickdarmkatarrh, Colitis ulzerosa, Peritonitis und spast. Obstipation eine dominierende Rolle spielt. — Kuttner findet am Material des Rud. Virchow-Krankenhauses Zunahme des Magengeschwürs. — H. Zuntz berichtet aus dem Hamburger Krankenhaus St. Georg über Zunahme des Ulcus ventriculi und duodeni, sowie über Zunahme der Perforationen unter dem Einfluß der Kriegsernährung. Albu meint, daß die Kriegskost ein latentes Ulcus häufiger manifest werden lasse. Nach Rosenthal und Hoffmann hat das Ulcus ventriculi in der Kriegszeit häufiger Veranlassung zu operativen Eingriffen gegeben. — Obstipation wurde durch die schlackereiche Kriegskost oft günstig beeinflußt; andererseits klagten viele Patienten über starke Flatulenz. — Die Ansichten über Zunahme bzw. Abnahme von Appendizitis sind widerspruchsvoll. Eine indirekte Begünstigung durch Magendarmkatarrhe oder Koprostase wäre möglich. — Chron. Cholezystitis kam bei Kriegsteilnehmern vielleicht infolge Schnürwirkung des Säbelkoppels häufiger zur Beobachtung. — Ueber Zunahme von Cholelithiasis berichten Amberger, Boas und Clemm: letzterer führt diese Zunahme auf die fettarme Ernährung zurück. Wilms-Heidelberg bringt die Verminderung der Fälle von akuter Pankreatitis gleichfalls mit dem Fettmangel in der Ernährung in Verbindung. — Ueber die Häufigkeit der Karzinome gehen die Ansichten auseinander: Albu stellt den Einfluß der Kriegsverhältnisse in Abrede. Möglicherweise haben die Kriegsschädlichkeiten latente Karzinome zu schnellerem Wachstum angeregt. Kloiber verneint eine Zunahme der Karzinome. Baumgarten äußert sich auf Grund pathologisch-anatomischer und histologischer Untersuchungen dahin, daß die bei Kriegsteilnehmern beobachteten Geschwülste zur Zeit ihrer Einberufung mindestens in der Anlage vorhanden waren und durch die Schädlichkeiten des Kriegslebens nur aus ihrem Latenzstadium geweckt wurden. Dunzelt u. a. berichten über das Ueberhandnehmen von Darmparasiten, insbesondere Ascaris, Trichocephalus und Oxyuris.

Zusammenfassend können wir sagen, daß sich die Verdauungsorgane den veränderten Verhältnissen des Krieges wider Erwarten gut angepaßt haben.

Günstig beeinflußt durch die Kriegsernährung wurden nach Untersuchungen von A. Loewy und H. Strauß die leichten und mittelschweren Fälle von Gicht und Diabetes; dagegen nicht die schweren Fälle von Zuckerkrankheit, bei welchen nach Falta der Nutzen der Einschränkung der Eiweißzufuhr durch den Fettmangel paralysiert wurde. — Hirschfeld berichtet über selteneres Vorkommen von diabetischer Katarakt. — Auch Magnus-Levy und Rosenfeld bestätigen die Abnahme der Diabetesfälle während des Krieges. Die Todesfälle an Koma wurden seltener. Letzteres gibt Umber nur für die Krankenhauspatienten zu. — His kann beim Diabetes zwischen Krieg und Frieden keinen Unterschied finden. Rochs beschreibt einen interessanten Fall von Diabetes mit Tod im Koma nach diffuser Erkrankung des Pankreas infolge Granatsplitterverletzung. — Schweriner und Selberg konnten bei abgestürzten Fliegern zwar häufig Anomalien der Zuckerausscheidung, aber keinen Fall von Diabetes feststellen. — Konstitutionelle und erworbene Fettsucht, mit Ausnahme der Adipositas hypogenitalis, wurden günstig beeinflußt.

Nach dem Kohlrübenwinter 1916/17 häuften sich die Fälle von Hungerödem. Arbeiten über Oedemkrankheit verdanken wir H. Strauß, Rumpel, Jürgens, Hülse, Maase und Zondek, Schiff, Falta, Lichtwitz, Moritz, Schittenhelm und Schlecht. Besonders tiefschürfende Untersuchungen veröffentlichte Jansen. Die Krankheit ist charakterisiert durch Bradykardie, Polyurie, Oedembereitschaft mit und ohne Oedem, Anämie, Hydrämie, Hypalbuminose des Blutes, Hypoglykämie. Vorwiegend wurden Männer betroffen, bei welchen starke Gewichtsverluste vorausgegangen waren. Die Patienten klagten über Müdigkeit, Mattigkeit, Schwere in den Beinen und Hungergefühl. Das Oedem beginnt gewöhnlich im Gesicht und erscheint dann an Füßen und Beinen; Bettruhe bringt es leicht zum Verschwinden, doch bleibt die Polyurie auch nach Verschwinden der Oedeme noch lange bestehen. Die Haut ist fahl, mit einem Stich ins Gelbliche, die Schleimhäute anämisch, die Muskulatur ist atrophisch; die Temperatur subnormal (35,5—36,5); der Puls klein, fadenförmig, 40—60 Schläge in der Minute; die Herzdämpfung klein, die Herztöne dumpf und leise; der Blutdruck niedrig, 60—90 mm Hg. — Die 24stündige Harnmenge schwankt zwischen 2 und 4 Litern, oft besteht Nykturie. Das spezifische Gewicht des Harns liegt zwischen 1015 und 1024. — Die Funktion der Niere ist regelrecht. Pathologische Harnbestandteile fehlen. — Die Verdauungsorgane zeigen keine Besonderheiten. — Neuritische Erscheinungen werden in der Regel vermißt. — Häufig findet sich Atrophie der Schilddrüse. —

Die Zahl der roten Blutkörperchen ist vermindert und beträgt 1,5 bis 4 Millionen. Hämolyse des Blutserums wurde nicht gefunden. Der Hämoglobingehalt ist im Verhältnis zur Erythrozytenzahl erhöht und beträgt 65—103%. Charakteristisch ist die Neigung zu Leukopenie. Oft fand sich relative Lymphozytose. Die Gerinnungszeit des Blutes ist verkürzt, seine molekulare Konzentration normal. Als Zeichen von Hydrämie ist die Eiweißkonzentration des Blutserums erniedrigt. Die Hydrämie ist durch Eiweißverarmung des Blutserums bedingt, folglich eine Hypalbuminose. Der Reststickstoff im Blutserum ist nicht erhöht. Die Werte für Harnsäure bewegen sich in den Grenzen der Norm. Der Zuckergehalt des Blutes ist meist niedrig. Der Kochsalzspiegel zeigt nichts Charakteristisches und ist meist normal. Dagegen ist der Blutkalkspiegel deutlich erniedrigt. — Stoffwechsel-Untersuchungen ergaben, daß Mangel an Eiweißzufuhr ätiologisch nicht in Frage kommt. Die Ernährungsstörungen sind in erster Linie Folge ungenügender Fett- und Kohlehydratzufuhr und damit kalorischer Insuffizienz der Nahrung. Die quantitative Unzulänglichkeit der Nahrung führt zu schweren Eiweißverlusten des Organismus (negative N-Bilanz und Hypalbuminose des Blutes) und zu Eiweißverarmung der Zellen und Gewebe. Die Folge dieser Schädigung der Gewebe ist das völlig veränderte Fixationsvermögen für Wasser und Salze. Die primäre Ursache der Krankheit liegt in der Schädigung der Protoplasmasubstanz. Als sekundäres Moment kommt die qualitative Unzulänglichkeit der Nahrung in Gestalt von zuviel Wasser und Kochsalz hinzu. — Es besteht ferner negative Kalkbilanz und vermehrte Ausscheidung von Phosphorsäure: nach Chiari erhöht Kalkentziehung des Organismus die Durchlässigkeit der Gefäßwände. Der Kalkverlust des Körpers kommt bei Oedemkrankheit als ätiologisches Moment bei der Entstehung des Oedems mit in Frage. Die Kalksalze allein gewährleisten jedoch noch keine normale Durchlässigkeit der Gefäßwände. Knack und Neumann fanden im Blute Oedemkranker Lipoidverarmung. Wahrscheinlich bestehen zwischen Kalk- und Lipoidverarmung Wechselbeziehungen, was auch von Rumpel besonders betont wird. — Die Autopsie zeigte völligen Schwund des Fettgewebes, Atrophie der Muskulatur, des Herzens und der parenchymatösen Organe mit Ausnahme der Nieren, welche intakt waren. Charakteristisch ist neben der Atrophie der Zellen die hochgradige Kapillarblutfüllung. Muskulatur und Leber enthalten kein Glykogen. Oberndorfer fand die Schilddrüse stärker atrophiert als die übrigen Organe. Diese Befunde beanspruchen besonderes Interesse im Hinblick auf die Untersuchungsergebnisse Eppingers, daß Hypothyreoidismus zu Oedemen disponiert.

Vielleicht darf man in diesem Sinne mit Lenz die Hypofunktion der Schilddrüse auch als eine sich dem Kalorienmangel anpassende Sparmaßnahme des Organismus deuten und die thyreogene funktionelle Umstimmung des Gewebes in erster Linie für die Entstehung der Oedeme verantwortlich machen.

Schittenhelm und Schlecht sowie Rietschel betonen die Analogie mit dem Mehlnährschaden der Säuglinge.

Bettruhe und kalorienreiche Diät brachten die Mehrzahl der Fälle zur Heilung. Die Angaben über die Mortalität sind schwankend, in manchen Anstalten starben über 50% der Oedemkranken.

M. H., lassen Sie mich an dieser Stelle eines Falles von Hungerödem gedenken, welcher durch seine Eigenart gerade zu ergreifend wirkt und die katastrophale Ernährungslage unseres Volkes grell beleuchtet: Am 7. Oktober 1919 stellte Sauer im Aerztlichen Verein in Hamburg eine 29jährige Kranke vor, die während der ganzen Kriegszeit nur auf Karte gelebt hatte. Diese Patientin hatte nach dem Steckrübenwinter 1916/17 an Oedemkrankheit gelitten. Anfang 1919 erkrankte sie mit Schwäche in den Beinen und Gangstörungen, und bald zeigte sich eine typische Osteomalazie mit Spontanfrakturen und ausgesprochener Tetanie. Wie Sie wissen, wurde erstmals seit dem Winter 1918/19 über endemisches Auftreten von Hungerosteopathien aus Wien berichtet; dann zeigten ähnliche Beobachtungen von Fromme in Göttingen, Bittorf in Breslau, Engel in Berlin, Alwens und Simon in Frankfurt a. M., Partsch in Dresden, Heyer in München, Hochstetter in Tübingen und Barbrock in Gelsenkirchen — auch die Rachitis der Kinder zeigt eine erschreckende Zunahme —, daß die Gespenster der Hungersnot unser Volk noch weit über das Kriegsende hinaus verfolgen.

Die auffallendsten Merkmale der Erkrankung waren die charakteristische Gangstörung (der humpelnde Gang), die Verkrümmung der Wirbelsäule, die Schmerzen im Knochensystem und Spontanfrakturen. Bei den jungen Männern

zeigte sich die Osteopathie mehr in Form der Rachitis tarda mit starker Verbreiterung der Epiphysenfugen im Röntgenbild und Auftreibung der Epiphysen, bei den Frauen mehr unter dem Bilde der Osteomalazie mit Halisterese der Knochen: Hier standen die Schmerzhaftigkeit der Rippen, des Sternums und der Wirbelsäule im Vordergrund. Auch fließende Uebergänge waren vorhanden. — Nach Eisler-Wien lassen sich Rachitis und Osteomalazie im Röntgenbilde nicht trennen; er neigt dazu, in beiden Formen ein einziges Krankheitsbild zu sehen. Auch Looser hält Rachitis, Rachitis tarda und Osteomalazie für identisch, nur modifiziert durch das je nach dem Lebensalter verschiedene Verhalten der Knochen. Derselben Ansicht waren übrigens schon Trousseau, Wieland, Vogt und Bauer. Schlesinger, Porges und Wagner sehen in der Erkrankung nahe Verwandtschaft mit seniler Osteoporose: Die Kohlensäurespannung in der Alveolarluft ist im Gegensatz zu Osteomalazie nicht herabgesetzt, auch die schnelle Besserung bei geeigneter Diät spricht gegen Osteomalazie. Alwens schließt sich dieser Auffassung an.

Entsprechend der primären Hyperplasie des Knochenmarks und einer sekundären Erschöpfung der Knochenmarkstätigkeit mit funktioneller Insuffizienz der Blutbildung zeigt das Blutbild nach Untersuchungen von Nägeli in Frühfällen Polyglobulie und hohe Hämoglobinwerte, in Spätfällen schwere Anämien. In einem Teile der Fälle finden wir Leukozytose, Eosinophilie und Lymphozytose; ferner finden sich Veränderungen des Albumin-Globulinverhältnisses im Serum; nämlich Vermehrung des Globulins. — Als Ausdruck einer Schädigung des endokrinen Systems, insbesondere der Epithelkörperchen, finden wir mechanische Ueberregbarkeit der peripheren Nerven bis zu manifester Tetanie. Schlesinger fand häufig Kombination mit Struma, auch Komplikation mit Basedow und mit Addison wurde beobachtet. Ferner erinnere ich an die Erfolge der Adrenalin- und Hypophysentherapie, sowie den Nutzen der Kastration nach Fehling, welcher von Zweifel allerdings bestritten wird. Nach Bossi und Christofoletti ist Fehlen der Adrenalinglykosurie pathognomonisch für Osteomalazie. Mit Curschmann, Aschner, Nägeli und van der Scheer sehen wir in der Osteomalazie eine pluriglanduläre, innersekretorische Krankheit. Dauernde Unterernährung, insbesondere Eiweiß-, Kalk-, Phosphor- und Vitaminarmut der Nahrung führt zu einer Schädigung der endokrinen Drüsen mit schweren Störungen des Mineralstoffwechsels. — Erkrankungen der Mandeln und Grippe scheinen die Disposition zu Hungerosteopathien zu erhöhen. — Therapeutisch bewährte sich eine vitamin- und eiweißreiche Diät, sowie Behandlung mit Kalzium, Phosphorlebertran und Suprarenin. Sauer sah Erfolge von Parathyreoidintabletten. Alwens empfiehlt auf Grund von Versuchen Lehnerdts das Strontium lacticum, welches die Apposition von Knochengewebe begünstigt. Die Kalkbehandlung soll erst auf die Strontiumbehandlung folgen.

M. H.! Die mir zur Verfügung stehende Redezeit neigt sich ihrem Ende zu: ich kann daher nur noch mit wenigen Worten auf die Kriegsnephritis eingehen und verweise auf die zusammenfassenden Darstellungen von Hirsch auf dem Kongreß von Warschau, von Hermann Strauß, Nonnenbruch u. a. Ein balneotherapeutisches Verfahren kommt ja auch höchstens für die relativ wenigen, chronisch gewordenen Fälle in Betracht.

Die Kriegsnephritis, welche seit Frühjahr 1915 seuchenartig im Feldheere auftrat, ist eine diffuse Glomerulonephritis; sie ist dadurch ausgezeichnet, daß zwar alles für eine infektiöse Erkrankung spricht, daß von einer infektiösen Ursache aber nichts bekannt ist. Wahrscheinlich kommen Bakterientoxine ätiologisch in Betracht, deren Quelle in den Tonsillen zu suchen ist. Erkältung, Durchnässung und Muskelanstrengung, vielleicht auch mangelhafte Ernährung, kommen als disponierende Momente in Frage. Aus den Untersuchungen Schades wissen wir ja, daß Kälteeinwirkung auf dreierlei Weise als krankmachende Ursache wirken kann: 1. durch Kolloidveränderung des Gewebes im Sinne einer Annäherung an den Zustand der Kolloidausfällung; 2. durch reflektorische Fernwirkung auf den Bahnen des vegetativen Nervensystems und 3. durch Herabminderung der Immunität. — Die Krankheit beginnt in der Regel mit Atemnot, bronchitischen Erscheinungen, hochgradigen Oedemen, Blutdrucksteigerung, hohem Eiweiß- und Blutgehalt des spärlichen Urins mit zahlreichen Formelementen sowie Darniederliegen aller Nierenfunktionen. Zunächst bessert sich die Harnstoffausscheidung, dann folgt das Wasserausscheidungsvermögen, während die Konzentrationskraft in der Regel noch längere Zeit geschwächt bleibt. Oft ist auch bei abklingenden Fällen das Verdünnungsvermögen länger gestört. — Allmählich wird der Blutdruck wieder normal, die Eiweißmengen werden geringer, dagegen hält die Erythrozytenausscheidung oft noch lange an. Es besteht große Neigung zu Rezidiven. Nach Goldscheider gehen nur ca. 10% der Fälle in das chronische Stadium über. Die Mortalität beträgt 3—4%.

Therapeutisch empfahl Volhard eine mehrtägige v. Noorden'sche Hunger- und Durstkur, bei welcher nur Zuckerwasser und Fruchtsaft gereicht wird. Im Anschluß an die Fasttage einfache Schonungskost. Kommt die Diurese nicht in Gang, so versucht man, durch Wasserstöße die gedrosselten Glomeruli zu sprengen und die Diurese zu erzwingen. Auch Harnstoff und Skarifikationen haben sich bewährt. — Bei Herzinsuffizienz Strophanthin. Bei Urämieverdacht keine Schwitzprozeduren, sondern Aderlaß, Strophanthin, Morphium und Lumbalpunktion. Bei Anurie Dekapsulation. Zur Vermeidung von Rezidiven Schlitzung der Tonsillen.

M. H.! Haben schon die Erfahrungen während des Krieges die hohe Bedeutung der balneotherapeutischen Heilfaktoren für die Behandlung der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie als Nachkur bei Nierenleiden bestätigt, so werden sie sich auch jetzt bewähren, wo es sich darum handelt, die tiefen Wunden, welche die Kriegszeit unserer Volkskraft geschlagen hat, zur Heilung zu bringen. Es hieße Wasser in das Meer tragen, wollte ich in diesem Kreise die Indikationen der Bäder und Mineralquellen besprechen. Wie Sie wissen, haben sich bei den Erkrankungen der Verdauungsorgane, je nach der Art des Leidens, die Kochsalzquellen, alkal.-muriatischen, alkal.-sulfatischen, erdigen und Bitterwässer, ferner als Nachkur bei Nierenerkrankungen milde alkal.-muriatische oder erdige Quellen bewährt. Angesichts der Tatsache, daß die Mehrzahl der Jugendlichen während des Krieges einer Kalkunterernährung ausgesetzt war und die Fälle von Rachitis eine enorme Zunahme erfahren haben, gewinnen die Kalkwässer besondere Bedeutung. So hat die Stadt Frankfurt a. M. im Jahre 1918 den Kalziumkurort Sodenthal für die Unterbringung rachitischer Kinder erworben. Erhebliche Vorzüge vor den Chlorkalziumquellen besitzt die Riedbornquelle in Greußen (Thüringen) als deutsche Source du Pavillon: Dort, im Herzen unseres Vaterlandes, sollte das deutsche Volk sich selbst ein Heldendenkmal errichten in Gestalt einer großen Volksheilstätte zum Besten der Unglücklichen, welche das Martyrium dieser in des Wortes verwegenster Bedeutung „Englischen Krankheit" auf sich nehmen mußten.

Wenckebach betont den hohen Wert mediko-mechanischer Behandlung der Rachitis, weil der Erfolg diätetischer und medikamentöser Therapie sich erst dann dokumentiert, wenn die Funktion der Muskulatur gehoben wird. Das gleich gilt nach Beobachtungen von Simon für die Massage. Huldschinsky hat von der Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne Günstiges gesehen.

Den Vielen, die der Orkan des Krieges entwurzelt hat, wird ein Kuraufenthalt neuen Lebensmut schaffen, wenn wir auf psychische Behandlung bedacht sind und auch während des Badeaufenthaltes für geeignete Beschäftigung sorgen. In diesem Sinne sollten die Kurorte mit günstigen klimatischen Verhältnissen sich die Anlage von Arzneipflanzengärten zur Aufgabe machen, welche Gelegenheit zu praktischer Arbeit bieten und außerdem als Musterkulturen den Anbau von Arzneipflanzen anregen und fördern könnten.

Erhöhte Aufmerksamkeit erfordert die Behandlung der Tonsillen und die Untersuchung des Stuhles auf Parasiteneier.

Ueber eines, m. H., wollen wir uns aber klar sein: Alle balneotherapeutischen Bemühungen bedeuten einen Tropfen auf einen heißen Stein, solange unsere Ernährungsverhältnisse so trostlos bleiben wie bisher. Unter diesem Gesichtspunkt wird auch die Balneologische Gesellschaft erwägen müssen, wie dem abzuhelfen ist.

Hand in Hand mit der Verstaatlichung des Großgrundbesitzes muß zur Erhöhung der Produktion an Stelle der früheren Heeresdienstpflicht für jeden Deutschen der nationale Hilfsdienst in der Landwirtschaft Gesetz werden: die obligatorische Beteiligung des Gesamtvolkes am Ackerbau wäre aber zugleich von allergrößter volkshygienischer Bedeutung.

Andererseits hat Bornstein darauf hingewiesen, daß die Brauereien im Frieden jährlich 35 Millionen Zentner Gerste in Bier verwandelt haben. Bonne und Rosenfeld betonen die Bedeutung der Gerste als Volksnahrungsmittel und insbesondere ihren hohen Eiweiß- und Phosphorgehalt. — Neuere Versuche haben gezeigt, daß unsere Weizenvorräte durch Gerstenmehl gestreckt werden können, ohne daß backtechnisch eine Verschlechterung eintritt. Die Erzeugung von Alkohol aus Nahrungsmitteln wäre aber nicht nur volkswirtschaftlich ein großer Fehler: Abderhalden warnt vor der zu erwartenden Zunahme der Trunksucht und der Geschlechtskrankheiten. Rumpel u. a. haben auf die Ueberempfindlichkeit unseres Volkes gegen Gifte aller Art infolge der Unterernährung aufmerksam gemacht. M. H., ich bin der festen Ueberzeugung, daß wir ohne ein Alkoholverbot, wie in den Vereinigten Staaten und in Norwegen, nicht auskommen werden. Mit halben Maßnahmen ist nichts anzufangen: Verbieten wir z. B. nur die Schnapsfabrikation aus Kartoffeln, so baut der Landwirt Topinambur, für welche

die Brennereien 60—70 Mk. pro Zentner bezahlen, und vernachlässigt den Anbau der Speisekartoffeln.

Verstaatlichung des Großgrundbesitzes, Einführung der allgemeinen landwirtschaftlichen Hilfsdienstpflicht und Alkoholverbot: diese Forderungen ergeben sich mit zwingender Logik aus den Kriegserfahrungen der Volkswirtschaftslehre und Volkshygiene: auch die Balneologie muß dieses Postulat besonders betonen, wenn sie helfen will, die Kriegsnährschäden zu heilen und unser Volk aus erschwerter Rekonvaleszenz zur Genesung zu führen.

II. Referate.

Innere Medizin.

Dr. **Richard Stephan** (Frankfurt a. M.): **Retikulo-endothelialer Zellapparat und Blutgerinnung.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 11.)

Verfasser machte in zwei Fällen von akuter hämorrhagischer Diathese bei chronischer Drüsentuberkulose folgende Beobachtung: Die Blutungen, welche den gebräuchlichen Blutstillungsmitteln gegenüber sich refraktär verhalten hatten, kamen nach Röntgentiefenbestrahlung der Milz in kürzester Zeit zum Stillstand. Dies wurde Veranlassung, den Vorgang der Blutgerinnung und den Einfluß der Milzbestrahlung darauf einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Wesentlich für die Untersuchungen ist die Bestimmung der Gerinnungszeit des Blutes und des Gerinnungsbeschleunigungsfaktors (G. B. F.) eines Serums. Letzterer ergibt sich, wenn man die Minutengerinnungszeit des Normalblutes dividiert durch die des Blutes plus Serumzusatz (0,05 ccm Serum auf 20 Tropfen Normalblut). Für Normalserum liegt G. B. F. zwischen 1,4 und 1,8. Verfasser fand mit Hilfe derartiger Bestimmungen zunächst, daß der Organismus jeden Blutverlust mit einer Beschleunigung der Gerinnungszeit beantwortet (2—3 Stunden nach Beginn der Blutung), die nach 4—5 Stunden gewöhnlich abgeklungen ist. Nach der Tiefenbestrahlung der Milz (1/3 Hauteinheitdosis) wird die Blutgerinnungszeit nach 2—4 Stunden hochgradig, oft auf den vierten Teil des Ausgangswertes verkürzt, um rasch wieder normale Werte anzunehmen. Entsprechend wird G. B. F. bis um das 4—5 fache vergrößert. Die Röntgenbestrahlung der Milz erhöht also die Konzentration des Gerinnungsferments im Serum. Die Retikulumzelle der Milz ist nach Verfasser der Träger der spezifischen Gerinnungsfunktion. Die Reizbestrahlung der Milz ist demnach als physiologische Methode der Blutstillung bei venösen und parenchymatösen Blutungen zu bezeichnen. Verfasser hatte Gelegenheit, ihre sichere Wirkung bei einer Anzahl von Blutungen verschiedener Art (Lungenblutungen, Epistaxis, Nierenblutung, Hämophilie, postoperative Blutungen des Nasenrachenraumes) zu erproben. Die Milzbestrahlung zeigte sich dabei allen medikamentösen Blutstillungsmitteln weit überlegen.

Dr. **Alfred Rohrer** (Freiburg i. B.): **Rhodalzid bei Stomatitis mercurialis.** (Therapeutische Halbmonatshefte, 1920, Heft 8.)

Bezüglich der Pathogenese der merkuriellen Stomatitis hebt Verfasser hervor, daß schlechtes Gebiß und angegriffene Mundschleimhäute kein absolut prädisponierendes Moment für ihr Auftreten sind. Das Rhodan ist als Schutzstoff gegen merkurielle Stomatitis aufzufassen. Der Angriffspunkt des Rhodans gegen die schädliche Quecksilberwirkung ist zurzeit nicht feststellbar. Einen absolut gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen den im Mundspeichel vorkommenden Rhodanmengen und dem Auftreten einer merkuriellen Stomatitis fand Verf. bei seinen Untersuchungen nicht. Bei der Behandlung bewährte sich Rhodalzid als wirksames, unschädliches Mittel gegen die Stomatitis. Man beginnt die Darreichung zweckmäßig sofort nach Einsetzen der Stomatitis. Verf. gibt in der ersten Woche 1, in der zweiten Woche 2, von der dritten Woche an täglich 3 Tabletten per os. L.

Dr. **Julius Finck** (Charkow): **Eine neue spezifische Jodwirkung. Die innerliche Behandlung von Schnupfen und Angina mit Jod.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 15.)

Verfasser empfiehlt zur Behandlung des Schnupfens und der Angina den innerlichen Gebrauch des Jods. Als zweckmäßig hat sich ihm folgende Verordnung erwiesen: Jodi puri 0,3, Kal. jodat. 3, Aq. destill. 30; Kinder bis zu 10 Jahren erhalten 5 Tropfen pro dosi, größere Kinder und Erwachsene 8 Tropfen, sehr große massige Menschen 10 Tropfen auf 1/4 Liter Wasser, worauf ein halbes Glas Wasser nachgetrunken wird. Auch zur Unterdrückung beginnenden Schnupfens und Angina ist diese Medikation sehr geeignet. Als therapeutische Dosis bei ausgebrochener Krankheit empfiehlt F. obige Dosis zweimal täglich 2 Stunden nach dem Frühstück und am Abend vor dem Schlafengehen. Auch als Prophylaktikum gegen Masern, Scharlach, Grippe, Variola bei Ansteckungsgelegenheit empfiehlt F. mit aller Reserve das Jod auf Grund einer kleinen Zahl von Beobachtungen. R. L.

Dr. **M. Jungmann** (Berlin): **Erfahrungen mit dem Friedmann'schen Tuberkuloseheilmittel.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 14/15.)

Verfasser behandelte im ganzen 26 Fälle von Lungentuberkulose mit der Friedmann'schen Vakzine, und zwar 4 Anfang 1914, die übrigen seit Juli 1919. Nach den Erfahrungen des Verfassers werden nicht vorgeschrittene Fälle sehr günstig durch das Mittel beeinflußt, während es bei tuberkulösen Prozessen, die ausgedehnte Partien der Lunge ergriffen haben und mit hohem Fieber einhergehen, ohne Einfluß auf den Verlauf ist. Verfasser injizierte das Mittel in allen Fällen subkutan (0,3 bis 0,5 „schwach"). Von 10 Fällen, die geheilt oder weitgehend gebessert wurden, teilt er den Verlauf mit. In sämtlichen Fällen behielten die Kranken ihre sonstige Lebensweise bei, so daß Verfasser überzeugt ist, daß der Erfolg nur durch das Friedmann'sche Mittel herbeigeführt wurde. R. L.

Dr. **J. Zadek** (Neukölln): **Ergebnisse mit dem Friedmann'schen Mittel bei Lungentuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 17.)

Verfasser behandelte im ganzen 36 Fälle von Lungentuberkulose mit dem Friedmann'schen Mittel, von denen allerdings 5 vorgeschrittene von vornherein aussichtslos waren. In den übrigen Fällen handelte es sich teils um leichtere Erkrankungen, teils um Frühfälle mit pleuritischem Exsudat. Verfasser bringt einen kurzen Bericht über den Verlauf sämtlicher Fälle und gibt sein vorläufiges Urteil dahin ab, daß das Mittel einen entscheidenden, heilenden Einfluß auf die Lungentuberkulose in seinen Fällen nicht ausgeübt hat. L.

Dr. med. et phil. **E. Becher** (Gießen): **Ueber Erfolge der Neosalvarsanbehandlung bei Lungengangrän und chronischer Bronchitis nach Influenza.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 13.)

Schon von verschiedenen Autoren wurde Neosalvarsan mit Erfolg bei Lungengangrän und putrider Bronchitis verwendet. Verfasser berichtet aus der Gießener medizinischen Klinik über zwei weitere Fälle. In dem ersten Falle handelte es sich um eine putride Bronchitis mit Lungengangrän bei einem 40jährigen Mann, welcher Monate hindurch 200 ccm Sputum täglich entleerte. Der Kranke erhielt zweimal 0,6 Neosalvarsan intravenös (Zeit zwischen beiden Einspritzungen 11 Tage). Vier Tage nach der ersten Injektion begann die Auswurfmenge zurückzugehen, um nach 2 weiteren Tagen völlig aufzuhören. Die Untersuchung des Sputums Röntgenbestrahlung als Methode der Wahl. Folgendes Beauf Spirochäten war versäumt worden. Im zweiten Falle lag eine chronische Bronchitis im Anschluß an Influenza vor; die tägliche Auswurfmenge betrug etwa 200 ccm. Im Auswurf fanden sich weder elastische Fasern noch Tuberkelbazillen noch Spirochäten. Der Kranke bekam 3 Neosalvarsaninjektionen von je 0,6. Der Auswurf begann 2 Tage nach der ersten Injektion abzunehmen und war nach 2 Wochen fast völlig beseitigt. Entsprechend besserte sich das Allgemeinbefinden. L.

Dr. **Richard Wagner** (Wien): **Ueber Antoxurin, ein neues Oxyurenmittel.** (Wiener med. Wochenschrift 1920, Nr. 19.)

Antoxurin ist ein gechlortes Benzol, welches von der Pharmazeutischen Industrie A.-G. in Form von keratinierten und mit Schokolade dragierten Pillen zu 0,05 g in den Handel gebracht wird. Verfasser wandte es in der Universitäts-Kinderklinik in Wien bei 70 an Oxyuren leidenden Kindern an. Bis zum 6. Lebensjahr gab er 4 Tage hindurch täglich 5 Pillen davon mit je 0,01 g Kalomel, vom 6.—10. Lebensjahr 4 Tage hindurch täglich 6—7 Pillen mit je 0,01 g Kalomel, jenseits des 10. Lebensjahres 7—10 Pillen und zu jeder zweiten Pille 0,01 g Kalomel. Unangenehme Nebenwirkungen von seiten des Magendarmkanals wurden nicht beobachtet. Eine einzige Kur führte nur bei 12 Kranken zum Ziele; bei 43 Kindern waren zur Heilung 2 oder mehr Kuren erforderlich. In 8 Fällen wurde Besserung erzielt, aber kein vollständiges Verschwinden der Würmer; 7 Fälle bezeichnet Verfasser als Versager. In der weit überwiegenden Zahl der Fälle erwies sich Antoxurin als wirksames Mittel gegen die Oxyuren, dabei ist es, wie Tierversuche ergaben, völlig ungiftig. Es ist daher nach Verfasser für eine länger dauernde, bzw. fraktionierte Behandlung sehr geeignet. L.

Nervenheilkunde.

Prof. Dr. **Fritz Härtel** (Halle a. S.): **Ueber Dauererfolge der intrakraniellen Injektionsbehandlung der Trigeminusneuralgie.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 19.)

Verfasser hat vor etwa 7 Jahren zuerst über die intrakranielle Injektionsbehandlung der Trigeminusneuralgie be-

richtet; es wird dabei von der Gesichtshaut aus in das Ganglion Gasseri durch das Foramen ovale Alkohol (1 resp. 1½ ccm) eingespritzt, und zwar kann man entweder eine Partialanästhesie einzelner Aeste oder eine Totalanästhesie sämtlicher Aeste des Trigeminus bewirken. Seit 1912 hat H. das Verfahren bei etwa 50 Fällen geübt und berichtet jetzt über die Dauerresultate. Danach ist die Dauerheilung der Trigeminusneuralgie durch intrakranielle Alkoholinjektionen möglich, Daueranästhesie in allen 3 Aesten verbürgt Dauerheilung; es wurden nach einmaliger Behandlung Dauerheilungen bis zu 7¼ Jahren nach der Einspritzung beobachtet. Nach nur partieller Daueranästhesie können Rezidive auftreten, diese sind durch erneute Injektion heilbar. Hysterische sind von der Behandlung auszuschließen. Absichtliche Erzielung partieller Daueranästhesie mit Freibleiben des ersten Astes ist technisch möglich und trotz Gefahr von Rezidiven zwecks Schonung der Hornhaut in leichteren Fällen vorzuziehen. Die Sicherheit der Punktion des Foramen ovale kann durch vorherige Röntgenuntersuchung erhöht werden. Kurz bespricht Verfasser auch die Nebenwirkungen und Gefahren der Methode; es kommen vor außer trophischen Störungen der Hornhaut vorübergehende Lähmungen der Kaumuskeln und der Augenmuskeln, Beschwerden der Daueranästhesie. Ferner sind Verletzungen der Tuba Eustachii sowie des Sinus cavernosus und der Carotis interna denkbar. Zwei Fälle letzter Art mit nachfolgender Amaurose des betreffenden Auges wurden von anderer Seite berichtet. L.

Geh. San.-R. Dr. **H. Kron** (Berlin): **Zur Diagnostik der Zahnneuralgien.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 19.)

Trigeminusneuralgien werden nicht selten durch kranke Zähne hervorgerufen; jedoch ist es nicht immer leicht, im Einzelfall die Frage zu beantworten, ob die Neuralgie von einem kranken Zahn herrührt oder nicht. Der Schmerz braucht gar nicht an den Zähnen selbst empfunden zu werden, oder es werden unrichtige als Sitz des Schmerzes angegeben. Was den ersteren Punkt anlangt, so tritt, wie Verfasser schon vor Jahren betont hat, häufig ein Ohrschmerz dentalen Ursprungs auf, der sich oft mit einem Schmerz in der Schläfe verbindet. Diese Neuralgie sollte immer die Aufmerksamkeit auf die beiden vorderen unteren Molaren, besonders den zweiten, lenken, wenn ein Ohrleiden auszuschließen ist. Ferner tritt bei Störungen an den unteren Weisheitszähnen ein Schmerz im Schlund und unterhalb des Unterkieferwinkels auf. Wo ein dentaler Ursprung der Neuralgie anzunehmen ist, hat eine genaue zahnärztliche Untersuchung stattzufinden, um die Diagnose zu sichern. Von Wichtigkeit ist die Tatsache, daß nicht jeder schmerzende Zahn krank ist. Es gibt auch psychogene Zahnschmerzen; Verfasser hatte Gelegenheit, einige derartige Fälle zu beobachten. In derartigen Fällen kann ein Suggestionsverfahren Heilung herbeiführen. Schließlich gibt es auch Zahnneuralgien, die eine fernerliegende Quelle haben, z. B. menstruelle, toxische, diabetische, durch Malaria bedingte Neuralgien. L.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dr. **Zimmermann** (Jena): **Ueber Bluttransfusion und Reinfusion bei schweren akuten Anämien in der Gynäkologie.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 31.)

Auf Grund seiner Erfahrungen in der Universitäts-Frauenklinik zu Jena ist Verf. der Ansicht, daß die Anwendung der indirekten Blutüberpflanzung mit Natrium citricum nach Wederhake nicht ungefährlich ist, so daß in der Jenaer Frauenklinik nicht die Absicht besteht, sie in Zukunft anzuwenden. Bei geplatzter Tubargravidität erholen sich die Patientinnen meist durch die bei der Operation wirksam werdenden analeptisch wirkenden Faktoren. Wenn die Hebung des Pulses durch die Operation und die dabei wirksamen analeptischen Faktoren nicht eintritt, dann kommt die Reinfusion des in die Bauchhöhle ergossenen Blutes in Frage, die sicherlich lebensrettend wirken kann. Hinsichtlich der Injektion von Blut gesunder Menschen in die Muskulatur stark Ausgebluteter ist Verf. der Ansicht, daß sie zwar ungefährlich ist, daß aber ihre Wirkung vielfach nicht so ohne weiteres erklärt werden könnte, ohne daß Suggestion auszuschließen sei. Ob die Blutübertragung bei akuten sekundären Anämien angezeigt ist, darüber sollten erst längere Erfahrungen entscheiden. Jedenfalls besteht nach Verf. die Forderung von Lichtenstein zu Recht, daß man nur frisches Blut nehmen dürfe, das weder toxisch noch infiziert sein darf. rs.—

Prof. Dr. **R. Freund** (Berlin): **Die Therapie der Schwangerschaftstoxikose.** (Therapeutische Halbmonatshefte, 1920, Heft 7.)

In Fällen leichter Schwangerschaftstoxikose, wobei hauptsächlich Hyperemesis, Dermatosen, Neuralgien bestehen, empfiehlt F. als wirksame Behandlung: subkutane Injektion von 180—220 ccm körperwarmer steriler Ringerlösung (Natr. chlorat. 7,5, Calc. chlorat. 0,1, Kal. chlorat. 0,2, Aq. destill. ad 1000), in beide Oberschenkel; bei Rezidiv Wiederholung dieser Therapie oder intravenöse Injektion von 20—30 ccm sterilen Normalserums von Pferd oder Mensch. Bei schweren Formen der Toxikose (speziell Eklampsie) sofortige Entbindung, wenn diese am Ende der Geburt sich durch leichte Eingriffe bewerkstelligen läßt; in allen Fällen mit uneröffneter Cervix zunächst Aderlaß (mindestens 500 ccm Blut) und darauf schematische Betäubungsbehandlung nach S t r o g a n o f f (subkutane Morphiuminjektionen kombiniert mit rektalen Chloralapplikationen in Milch) und Beibehaltung dieser Therapie bis zur Geburt bzw. sofortiger oder späterer Uebergang zur operativen Entbindung je nach Lage des Falles. L.

Dr. **K. Riediger** (Königsberg): **Kann die Kiellandsche Zange die klassische Zange ersetzen?** (Zentralbl. für Gynäkologie 1920, Nr. 31.)

Diese Frage glaubt Verf. unbedingt bejahen zu müssen. Die Kielland'sche Zange hat bei dem Querstand der Pfeilnaht, den Operationen am hochstehenden Kopf sowie bei dem auf dem Beckenboden stehenden Kopf viele Vorzüge gegenüber der klassischen Zange, so daß sie nicht nur die klassische Zange ersetzt, sondern ihr vorzuziehen ist, zumal sie die lästige Achsenzugzange überflüssig macht. Natürlich muß man sich am Phantom mit der nötigen Technik in dem Gebrauch der Kielland'schen Zange vertraut machen. rs.

Hautkrankheiten.

Prof. Dr. **N. Zuntz** † (Berlin): **Beeinflussung des Wachstums der Horngebilde (Haare, Nägel, Epidermis) durch spezifische Ernährung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 6.)

Das Wachstum der Horngebilde des tierischen Organismus kann, wie Verfasser durch Versuche gefunden hat, durch eine ihrer Zusammensetzung angepaßte Nahrung gefördert werden. Die Hornsubstanzen, einschließlich der Haare, zeichnen sich durch ihren hohen Schwefelgehalt aus. Dieser rührt von dem schwefelhaltigen Zystin her. In den Hornsubstanzen der Tiere ist der Zystingehalt entsprechend hoch (7—8 Proz.). Wenn man der Nahrung verdaulich gemachte Bestandteile des Horns hinzufügt, so war zu erwarten, daß auf das Wachstum der Horngebilde, speziell der Haare, ein günstiger Einfluß ausgeübt wird. Diese Erwartung fand Z. durch Versuche zunächst an sich selbst bestätigt. Nach regelmäßiger Zufuhr von täglich 1—1,5 g durch Hydrolyse vollkommen verdaulich gemachter Hornsubstanz wurde, wie Verf. durch Messungen feststellte, nahezu eine Verdoppelung des Haarwuchses erzielt. Bei Schafen, welche zu ihrem sonstigen Futter eine Zugabe von 10—15 g Hornhydrolysat täglich erhielten, wurde in 2½ Monaten eine festere Beschaffenheit der Wollhaare erzielt; die mikroskopische Untersuchung ergab eine erhebliche Zunahme des Querschnitts der einzelnen Haare, zum Teil auch eine Beförderung des Längenwachstums. Weitere Versuche an Menschen bestätigten diese Resultate. Auf Verfassers Veranlassung hat die Firma F a t t i n g e r & Co., G. m. b. H. (Berlin, Dorotheenstraße 35) die fabrikmäßige Herstellung des Hornhydrolysats übernommen. Sie bringt zwei Präparate in den Handel, von denen das eine, „H u m a g s o l a n", für die Verwendung beim Menschen bestimmt ist, während das andere „O v a g s o l a n" zur Verfütterung von Schafen dienen soll.

Dr. **F. Kuhn** (Berlin-Schöneberg): **Thigenol im Kampfe gegen die Furunkulose.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 11.)

Als Prophylaktikum gegen die Weiterverbreitung und Weiterentwicklung der Furunkulose empfiehlt Verf. das Thigenol. Ein Anstrich von Thigenol auf die Haut in der Umgebung eines Furunkels schützt die Haut gegen den infektiösen Eiter und gegen Befallenwerden von Furunkulose. Das Thigenol klebt gut an und trocknet ohne weiteres. L.

Dr. **W. Friedländer** (Berlin-Schöneberg): **Ueber die Morgenroth'schen Chininderivate bei der Behandlung der Pyodermien.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 13.)

Bei der Behandlung der exogenen Pyodermien verwendet Verf. neuerdings mit Erfolg die Morgenroth'schen Chininderivate, insbesondere das Eucupin, und zwar vorwiegend in Form einer 2—10 proz. Eucupinsalbe in reinem Vaselinum flavum. In einzelnen Fällen, in denen von vornherein keinerlei akute Dermatitis vorlag, ging Verf. bis zu 20 proz. Konzentration. Die Wirkung der Eucupinbehandlung ist meist verblüffend. Schon nach ein bis zwei Salbenverbänden reinigen sich bis dahin hartnäckige Formen, so daß vom dritten Tage an unter ganz indifferenten Salben oder Puderverbänden die definitive Epithelisierung erfolgt. Die 20 proz. Eucupinsalbe bewirkt zuweilen als Nebenwirkung eine gewisse Hyperämie. In allen Fällen zeigt Eucupin eine erhebliche anästhesierende Wirkung, wirkt also auch juckstillend. L.

Balneologie.

Prof. Dr. **Axel Winckler** (Bad Nenndorf): **Ueber Schwefelwässer und Hautkrankheiten.** (Balneol. Zeitung 1920, Heft 1/7.)

Verf. betont, daß im Wandel der Zeiten kein anderer Heilfaktor so ungerecht zurückgesetzt worden sei wie die

Schwefelquellen, deren Bedeutung für die Therapie der Hautkrankheiten von der Wissenschaft geradezu vergessen zu sein scheint, in der Praxis dagegen aber doch noch eine bedeutsame Rolle spielt. Es kommt nur eine kombinierte, d. h. eine mit einer Trinkkur verbundene Badekur in Frage, wobei die starken Schwefelwässer, wie Nenndorf, Schinznach, Langensalza, Pistyan, vor den mittleren und schwachen Schwefelquellen den Vorzug verdienen. Zweckmäßig sind die Schwefelgasbäder, während die Zerstäubung des Schwefelwassers keine Wirkung entfalten läßt. Bei den Schwefelbädern soll man nach Möglichkeit das Hineinpumpen des Schwefelwassers in die Badewannen sowie die Erhitzung im Kessel vermeiden; die Erwärmung darf nur durch Heizschlangen in den Badewannen vor sich gehen. Die Temperatur soll sich zwischen 32 und 36 Grad C. bewegen; sie darf diese Temperatur keineswegs überschreiten. Die Zahl der Bäder einer Kur soll zwischen 21 und 28 sein. Das Schwefelbad soll 15—20 Minuten lang dauern. Die zu lange Ausdehnung der Bäder, wie sie bis zu 2 Stunden vorgenommen werden, verwirft Verf. In der Trinkkur sollen 2—5 mal täglich je 200 ccm auf den ganzen Tag verteilt werden. Die Wirkung der Schwefeltrinkkur ist eine Steigerung der Diurese. Besonders empfohlen werden die Schwefelbäderkuren, auch die Trinkkuren, bei Furunkulose, Ekzem, Akne und Pruritus. Hh.

Dr. **Ernst Koltze** (Wyk auf Föhr): **Die Resistenz der roten Blutkörperchen unter dem Einfluß des Nordseeklimas.** (Ztschr. f. phys. und diät. Therapie 1920, Heft 6.)

Hypotonische Kochsalzlösungen wirken auf die roten Blutkörperchen im Sinne einer Hämolyse ein, und zwar ist bei Kochsalzkonzentration von 0,50% noch keine Hämolyse zu beobachten, bei 0,30% dagegen schon eine totale Hämolyse vorhanden. Die Versuchsanordnung ist so genau angegeben und auf alle Fehlerquellen so eingehend hingewiesen, daß Nachuntersuchungen, die auch für andere, namentlich balneologische Heilfaktoren, recht wünschenswert wären, leicht ausführbar sind. Die Versuche an Kindern, welche Nordseekuren machten, ergaben durchweg eine Zunahme der roten Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes. Jedoch konnte eine Veränderung der Resistenz nicht nachgewiesen werden. Die Hämolyse zeigte unter dem Einfluß der Nordsee eine wesentlich günstige Beeinflussung, die nicht gleichmäßig vor sich geht, sondern ein charakteristisches, sprungweises Ansteigen an gewissen Abschnitten der Kur zeigt. Hh.

III. Bücherschau.

Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie und Geburtshilfe im Lichte der sozialen Hygiene. Von Dr. **Max Hirsch,** Frauenarzt in Berlin. Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart, 1919. 190 S., geh. M. 13,40.

Die Einwirkung der beruflichen Frauenarbeit auf die gesamte gesundheitliche Verfassung der Frauen sowie auf die Volksgesundheit im allgemeinen ist das Thema, welches in der vorliegenden Monographie in zusammenfassender Weise zur Darstellung gelangt. Der durch zahlreiche Veröffentlichungen auf gynäkologisch-sozialhygienischem Gebiet bestens bekannte Verfasser war wie kein anderer dazu legitimiert, ein Buch wie dieses zu schreiben; seinen früheren Schriften stellt sich das neue Werk gleichwertig zur Seite. Die Darstellung verwertet, abgesehen von den eigenen Beobachtungen des Verfassers und den in der Literatur sich findenden Vorarbeiten, vor allem die Ergebnisse der allgemeinen Berufsstatistik, sowie die Krankenkassenberichte; das in dieser Beziehung hier verarbeitete und übersichtlich zusammengestellte Material ist nicht nur für den Arzt, sondern auch für den Volkswirtschaftler von hohem Interesse. Der Stoff ist in der Weise gegliedert, daß im ersten Teil die Einwirkung der weiblichen Berufsbetätigung auf den allgemeinen Gesundheitszustand, sowie besonders die Fortpflanzung (Geburtenzahl, Fehlgeburten usw.) und die Geschlechtsorgane in großen Zügen geschildert wird, während im zweiten Teil zur Ergänzung die durch die spezielle Art der Berufsarbeit bedingten Gesundheitsschädigungen an der Hand der Statistik im einzelnen zur Besprechung gelangen. Dabei berücksichtigt der Verfasser alle Berufe gleichmäßig, die Landarbeit, Fabrikarbeit usw., ebenso wie die höheren Berufe einschließlich der akademischen. Eine besondere Beachtung wendet H. mit Recht auch der Kinderarbeit zu. Ein spezielles Kapitel beschäftigt sich ausschließlich mit der durch den Krieg neuerlich veranlaßten ganz ungeheuerlichen Steigerung der Frauenarbeit, welche das „schwächere“ Geschlecht zu zahlreichen, bis dahin ausschließlich den Männern vorbehaltenen Betätigungen zwang, und beleuchtet die dadurch herbeigeführte tiefgehende gesundheitliche Schädigung der Frauenwelt. Von der Zukunft fordert Verfasser vor allem eine Einschränkung der beruflichen Betätigung der verheirateten Frau, sowie die Ausdehnung der Arbeiterinnenschutzgesetze auf die Arbeit außerhalb der Fabriken; grundsätzlich sollte die Arbeit der Frau im neuen Deutschland im Rahmen dessen bleiben, was der Volksgesundheit zuträglich ist. L.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

In dem Gesetz vom 6. Mai 1920, betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge sind auch Verpflichtungen für für die Aerzte enthalten, welche zur Kenntnis gebracht werden müssen. Nach § 3 des Gesetzes haben Aerzte, die in Ausübung ihres Berufs bei einer Person unter 18 Jahren eine Verkrüppelung wahrnehmen, dies binnen einem Monat mit Angabe des Namens und der Verkrüppelung zur Anzeige zu bringen. Die Aerzte sind ferner verpflichtet, bei Leistung von Geburtshilfe das Kind auf Verkrüppelung zu untersuchen und, falls sich solche findet, Anzeige zu erstatten. Verletzungen der Anzeigepflicht ziehen Geldstrafe bis zu 150 M. oder Haft bis zu 4 Wochen nach sich.

Dresden. Hier wurde soeben ein Landesverband Sachsen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gegründet. Vorsitzender ist Prof. Dr. Galewsky (Dresden), stellvertretende Vorsitzende sind Med.-Rat Dr. Poetter (Leipzig) und Med.-Rat Dr. Hauffe (Chemnitz).

Breslau. Eine vom Ausschuß der Deutschen dermatologischen Gesellschaft zur Bearbeitung statistischer Fragen eingesetzte Kommission hat auf Antrag von Kreibich (Prag) beschlossen, eine Sammelforschung über die Abortivbehandlung der Syphilis zu veranstalten. Kollegen, welche sich an der Statistik beteiligen wollen, erhalten Fragebogen von dem Bureau der Gesellschaft, Breslau, Maxstr. 1, zugesandt. Das Material ist bis zum 1. Februar 1921 einzusenden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Geh. San.-Rat Dr. Brock feiert am 29. d. M. in bewunderungswerter Rüstigkeit seinen 88. Geburtstag. An diesem Tage gedenken wir gern der großen Verdienste, die er sich durch die Begründung der Balneologischen Gesellschaft erworben hat, deren Generalsekretär er nunmehr seit 42 Jahren ist. In unseren Tagen, in denen die Aerzteschaft dem langersehnten Ziele der freien Arztwahl wieder einen Schritt näher gekommen ist, dürfte es allgemein interessieren, daß die ersten Schritte zur freien Arztwahl von Geh. Rat Brock ausgegangen sind, und daß es einer großen Energie bedurft hat, um dem Gedanken der freien Arztwahl nicht nur in den Krankenkassen, sondern auch in den Aerztekreisen Geltung zu verschaffen. Die Aerzteschaft hat allen Grund, ihrem um das Standesinteresse hochverdienten Kollegen einen sonnigen Lebensabend zu wünschen.

Kiel. Prof. Dr. med. et phil. Otto Aichel, Privatdozent und Abteilungsvorsteher am anatomischen Institut, wurde zum außerordentlichen Professor, Privatdozent Dr. Max Bürger zum Oberarzt und Leiter der Ambulanz der medizinischen Klinik ernannt.

Frankfurt a. M. Prof. Dr. von Mettenheim, Direktor der Universitäts-Kinderklinik, und Prof. Dr. Loos, Direktor des zahnärztlichen Instituts, wurden zu ordentlichen Professoren ernannt.

Würzburg. Dr. Ph. Süßmann, Assistent am hygienischen Institut, habilitierte sich als Privatdozent für Hygiene.

Freiburg i. B. Der a. o. Professor für Geschichte der Medizin Dr. Paul Diepgen erhielt einen Ruf nach Würzburg. Dr. Wätjen, Assistent am pathologisch-anatomischen Institut, habilitierte sich für pathologische Anatomie.

Erlangen. Dr. Karl v. Angerer, Assistent am hygienischen Institut, habilitierte sich als Privatdozent für Hygiene und Bakteriologie.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge veranstaltet vom 1.—3. September d. J. in Berlin den VI. Deutschen Kongreß für Krüppelfürsorge. Die Verhandlungen finden im Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt statt. Mit dem Kongreß ist eine Ausstellung für Vorbeugung und Bekämpfung der Knochen- und Gelenktuberkulose verbunden. Vorsitzender ist Prof. Biesalski in Berlin-Dahlem.

Die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte hält am 17. und 18. September d. J. ihre 10. Jahresversammlung in Leipzig ab. Hauptgegenstand der Verhandlungen ist die „Klinik und pathologische Anatomie der traumatischen Schädigungen des Rückenmarks“.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Eingeführte Kassenpackungen:

Blenno-Lenicet-Salben 5 und 10%, Hornhautschutz; Sezernierende Entzündungen, Kalkverletzungen. Bei Bl. adult. et neonat. neben Silbertherapie. Bei neonat. auch als Nachtsalbe	3,60
Bolusal (Hyperazidität, Darmkatarrhe)	2,—
Carbobolusal (neue Bezeichnung für **Bolusal mit Tierkohle**) (auch clysmatisch bei **Ruhr, Colit. ulc., Cholera; — Gallen-Blasenbeschwerden, Magen-Darmgärung, Sommerdiarrhoen)**	2,65
Buccosperin. Reizloses prompt schmerzstillendes **Antigonorrhoicum, Harn-Antisepticum von diuretischer, harnsäurelösender und die Darmperistaltik anregender Wirkung. Auch bei Harngrieß, Gicht, daneben Rheumasan.** 2–3stündlich 1–2 Tabletten . . . . 40 Tabletten	5,—
Chrysarobin-Dermasan (Psoriasis, Ekz. pap.) { Hervorragende **Tiefenwirkg.!** }	4,50
Chrysarobin-Teer-Dermasan (Chron. Ekzeme) { Hervorragende **Tiefenwirkg.!** }	4,50
Ester-Dermasan (verstärktes Rheumasan; Gichtknoten, Arthritis def., tab. Schmerz, Adnexerkrank., Sohlenschmerz, Schwielen; feuchte, kalte Füße)	3,30
Ester-Dermasan-Vaginal-Tabletten (CO_2) **(Adnexerkr., Fluor.)** 12 St.	3,60
Formalin-Lenicet-Puder. Bei starkem Schweiß	3,—
Formalin-Lenicet-Paste (Hände, Achsel)	2,50
Jod-Dermasan (kräftigstes Resorbens, z. B. **Drüsen, Furunkeln, Narben)**	7,50
Kupfer-Dermasan mit **„Oberflächenwirkung“:** Zur raschen **Dauerüberhäutung** (bei nicht gereizten Wunden)	5,—
Kupfer-Dermasan „mit Tiefenwirkung“: (loco Pyrogallol) **Lupus**	5,40
Leni-Laxanin-Pillen (2–4 St.), Stuhl regulierend . . . . . 50 Pill.	2,70
* **Lenicet-Bolus** 20%, steril. und **Vaginal-Tabl.** (CO_2) } Vaginal- usw. Katarrhe, Wunden	2,40
Lenicet-Bolus c. Argt. ½%, steril. und **Vaginal-Tabl.** (CO_2) } Vaginal- usw. Katarrhe, Wunden	4,—
Lenicet-Bolus c. Jod 1%, steril. } Vaginal- usw. Katarrhe, Wunden	4,—
Lenicet-Bolus c. **Peroxyd.** oder c. **Milchsäure** u. **Lenicet-Bolus-Tabletten mit Peroxyd** oder **Milchsäure** } Vaginal- usw. Katarrhe, Wunden	3,60
Lenicet-Brandbinde (reizlos, nicht festbackend)	2,70
Lenicet-Hautkrem (Lenikrem), **Haut- und Kühlsalbe bei Intertrigo, Sonnenbrand und für Augen** . . . . Tube 4,50, Dose	1,30
Lenicet-Kinderpuder (Lenicet-Streupulver) 5% auch nach Rasieren als Hautkosmetikum } **u. Brandwunden** Beutel 35 g	0,80
Beutel 100 g	1,95
Lenicet-Mundwasser (Pulverform); **tägl. Gebrauch, Mund- u. Nasenspülung. Prophylacticum; Infektionskrankh., auch zur Inhalation bei Katarrhen. Ungelöst geschnupft bei Kopfschmerz u. trockenen Katarrhen. Zur Zahnfleischmassage u. Reinigung künstl. Gebisse** Dose	2,75
Lenicet-Paste (wird Zinkpaste vorgezogen; farblos) . . . . Tube	3,—
Lenicet-Salbe (Wund-, Augen-, Massagesalbe) 1/1 Dose **5,50**, ½ **2,70**, ¼ Dose	1,35
Lenicet-Silberpuder ½% **(Ekzema exfoliat., Ulc. cruris, Otitis med.)**	2,80
Lenicet-Streupulver 50% **(Schweiß, nässende Wunden)** 90,0	4,50
Lenicet-Wund- und Schweißpuder (Lenicet-Streupulver 20%) **(Hautschutz-Dauerverband, Juckreiz verhindernd)** Kassenpackung Beutel ca. 100,0	2,25
Lenicet-Zäpfchen (Torpedoform) **(Haemorrhoiden)** . . . . . 6 Stück	5,—
Lenicet-Belladonna-Zäpfchen, Tenesmus, Haemorrhoiden . 6 Stück	5,50
Lenirenin (staubfein). **Acute Rhinitis, Heu-Jodschnupfen, Blepharitis, Otitiden, Nasen-Zahnblutung. Dolor post extractionem**	2,40
Lenirenin-Salbe, Universal-, **Augen-, Nasen-, Ohrensalbe, Haemorrhoiden, kl. Chirurgie**	4,—
Lenerenin-Belladonna-Salbe (Haemorrhoiden, Tenesmus)	4,50
Lenirenin-Suppositorien (Torpedoform), **Haemorrhoidal-Blutungen** 6 St.	6,75
** **Liquat-Salz** (zum Auflösen): **Wirkung wie Liq. alum. acet.** und rectal, wie diese, gegen Oxyuren (s. unten)	2,25
Peru-Lenicet-Kompresse. Bequemster **granulationanregender** Verband bei **Ulc. crur.**	1,50
Peru-Lenicet-Pulver (Ulc. cr., Prurit.) u. pro **vag.** als **Desod., Exsicc.**	2,70
Peru-Lenicet-Salbe (Wunden, Haemorrh., Ekz.) . 1/1 = **4,50**, ½ =	2,50
Rheumasan (Rheumatismus, Ischias, Neuralgien, Influenza. Auch **gegen Sohlenschmerzen, Schwielen; feuchte, kalte Füße)** (Berlin usw. M. **1,95**)	2,30
Teer-Dermasan (chronische Ekzeme). Hervorragende **Tiefenwirkung**	4,50
Uro-Lenicet-Tabletten (Urotropin, Lenicet āā 0,25). Gallen-Blasenantiseptikum, Grippe, Typhus-, Erkältungskrankheiten (frei von Nebenwirkung!) ** Oxyuriasis (Reinlichkeit! Liquat-Einläufe) . . . . 30 Tabl. à 0,5	6,75
* **Siccotubus „Wille“. Leicht zu reinigen. Glas oder Metall. Letzterer unverwüstlich** . . . . M. 5,—	16,—

Literatur und Präparate-Proben gratis. Aerzten Rabatt.

Dr. R. Reiss, Rheumasan- und Lenicet-Fabrik,
Charlottenburg 4/H und Wien VI/2.



Dr. Fresenius'

„Ampullen-Wasser“

D. R. W. Z.

(reines steriles Wasser)

nach Vorschrift von Prof. Dr. G. L. Dreyfus, Frankfuft a. M. und unter ständiger Kontrolle des „Georg Speyer-Hauses“, Frankfurt a. M.

Marienbad.

(Böhmen)

Häusliche Trinkkuren (auch als Vor- u. Nachkuren).

Man verlange nur **natürliches Marienbader Mineralwasser und Brunnensalz!**

Kreuzbrunnen, Ferdinandsbrunnen, Natürliches **Marienbader Brunnensalz**

Verstopfung, Chron. Magen- und Darmkatarrh, Gallen- und Leberleiden.
Gasblähung, Allgemeine Vollblütigkeitsbeschwerden und Blutüberfüllung im Unterleibe.
Blutdrucksteigerung, Arteriosklerose, Herz- und Nierenleiden (Nierensklerose) usw.
Gicht, Fettleibigkeit, Fettherz, Diabetes.
Frauenleiden und Beschwerden der Wechseljahre.

Rudolfsquelle

Gicht, Rheumatismus, Harnsäure-Diathese, Harngries, Nieren- und Blasensteine, Blasenkatarrhe, chron. Nierenleiden.

Rein natürliche Mineralwässer.

Die Marienbader Heilwässer sind jetzt wieder durch alle Apotheken und Drogenhandlungen, sowie durch unsere Hauptniederlagen / **in Berlin J. F. Heyl & Co.** und **Dr. M. Lehmann** / zu beziehen.

Broschüren usw. kostenlos durch die

Marienbader Mineralwasser-Versendung des Stiftes Tepl.

„PRAEVALIDIN“

Campher-Wollfettsalbe mit Wasserstoffsuperoxyd zur percutanen Einverleibung von Campher und Balsam peruvian.

Bestandteile: Campher, Balsam peruvian., Ol. Eucalypt.

Jede Dosis enthält 0,4 g Campher.

Wegen der herzroborierenden, expectorierenden und Appetit anregenden Wirkung indiziert bei Lungentuberkulose, Emphysem, Asthma nervosum, Bronch. chronic., Influenza, Anämie, Skrofulose u. Herzschwächezuständen. Jede Tube enthält 5 Dosen. Genaue Gebrauchsanweis. liegt jeder Tube bei. Preis der Tube für Erwachsene M. 6,–, für Kinder (halbe Dosis) M. 4,–.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei in Döhren bei Hannover.



Guajacetin

Hervorragendes Stomachicum; ferner bei Katarrhen der Luftwege, Erkältungskrankheiten usw. Täglich 3–6 mal 0,5 g in Pulver- oder Tablettenform. Packungen zu 25, 50 und 100 Tabletten.

Migrol

Zur Herabsetzung des Fiebers bei tuberkulösen und anderen infektiös-fieberhaften Erkrankungen wie Typhus, akut. Gelenkrheumatismus, Influenza. — Zur Schmerzlinderung bei allen Arten von Neuralgien, Migräne, neurit. Symptomen. — Zur komb. antipyretisch-analgetischen Wirkung bei fieberhaftem Rheumatismus, influenzal. Pleuritis etc. In Pulver- und Tablettenform (10 Stück M. 3.20).

Quiesan

Sedativum und Hypnotikum in Fällen leichterer Asomnie sowie Erregungs- und Depressionszuständen. 3mal täglich ½ oder abends 1 Tablette. 10 Stück M. 3.20.

Rheuma-Mattan

Specificum gegen Gicht, Rheumatismus, Ischias. (Salicylsäure, Saglyn, Vaselinmischung.)

Tuben M. 2.20 (Kpkg.) und M. 4.—.

Rhinitogleit

Schnupfgleitpulver

Staubfeines Pulver zur Behandlung der tieferen Teile der Nafe und des Nasenrachens.

Originalglas M. 4,—

Adjuvan

Abwaschbare 30%ige Hg-Salbenseife. Indikationen des Ungt. ciner. Graduiert. Röhrchen mit 30 g M. 2.90. (Kpkg. Berlin M. 2.70.)

Hg-Gleitpuder

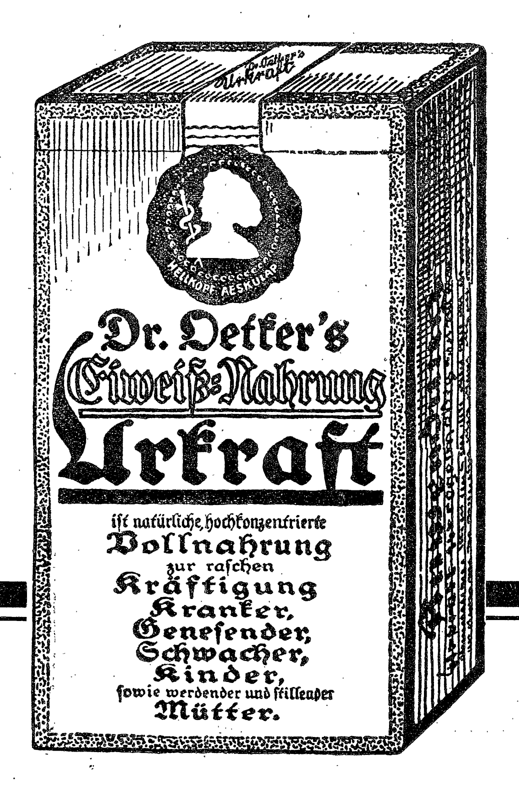
(10% met. Hg)

für lokale Luesbehandlung. Glas M. 2.90.

Ophthalmin

Augenstabtube mit 1% oder 2% Ungt. ophtalm. (c. Vasel. amer.). Bequeme Handhabung! Entspricht den weitgehendsten Ansprüchen an Desinfektion und Haltbarkeit. Tube M. 2.20, Kassenpckg. M. 1.80.

Proben und Literatur: Chemische Fabrik **Fritz Kripke G. m. b. H., Berlin-Neukölln.**



Aus dem Gutachten des öffentl.
Lab. von Dr. Aufrecht, Berlin:

Bakteriologischer Befund:

Kulturversuche haben ergeben, daß die Probe frei von schädlichen Mikroorganismen war.

Chemischer Befund:

Wasser	7,88 %
Stickstoffsubstanz	67,96 %
Fett (Aetherextrakt)	2,80 %
Lösliche Kohlenhydrate	19,12 %
Unlösliche Kohlenhydrate	0,52 %
Rohfaser	0
Asche	1,72 %
Phosphorsäure	0,46 %
Von der Stickstoffsubstanz erwiesen sich als verdaulich	88,2 %

Nach diesem Befund halte ich die Probe für ein beachtenswertes Präparat. Es ist besonders gekennzeichnet durch den hohen Gehalt an leichtverdaulichen Eiweißstoffen, besitzt bei sachgemäßer Aufbewahrung eine gute Haltbarkeit und gibt, mit Wasser oder Milch angerührt und aufgekocht, eine schmackhafte Speise von reinem, mildem Geschmack. In hygienischer Beziehung gibt sie zu einer Bemängelung keinen Anlaß.

Kostenfreie Muster stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Trocknungs-Werke Oetker & Co., G. m. b. H., Bielefeld

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 4. September 1920 | No. 36

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

89. Jahrgang **Berlin, 4. September 1920** **No. 36**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen der Kreislauforgane.*)

Von Privatdozent Dr. Franz **Groedel**,
Bad Nauheim-Frankfurt a. M.

M. H.! Wenn wir die Frage zur Diskussion stellen: was leistet die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen der Kreislauforgane, so müssen wir wohl zunächst so weit als möglich eine Aufstellung der im Gefolge und durch den Krieg gesetzten Kreislaufschäden geben. Bevor wir aber entscheiden können, inwieweit und ob eine Zirkulationsstörung eine direkte oder indirekte Kriegsfolge ist, müssen wir drei weitere Unterfragen beantworten, nämlich: Nach welchen Prinzipien wurde der Zirkulationsapparat der Kriegsteilnehmer bei der Ausmusterung beurteilt? Welcher Art war sonach im Durchschnitt der Zustand des Herz-Gefäßsystems der Militärdienstpflichtigen? Und: Welchen Schädlichkeiten war der Kreislaufapparat im Kriege ausgesetzt?

Von vornherein müssen wir zugeben, daß — ganz abgesehen von den trotz eines Herzleidens wissentlich Eingestellten — eine große Zahl von Männern mit nicht einwandfreiem Zirkulationssystem den Kriegsstrapazen versehentlich ausgesetzt wurden.

Andererseits müssen wir sagen, daß die Auswahl in vieler Beziehung recht prinziplos vorgenommen wurde, was ja in Anbetracht der meist recht mangelhaften Uebung der Untersuchenden nicht erstaunlich ist.

Unter den Kriegsteilnehmern waren also bewußt und unbewußt eine große Zahl von wirklich herzkranken Menschen eingereiht. Aber ganz abgesehen von diesen ausgesprochen Herzkranken waren, der Not der Zeit gehorchend, eine Unzahl konstitutionell schwächlicher Menschen unter die Waffen gerufen, die unter normalen Verhältnissen zurückgestellt worden wären.

Den Zusammenhang zwischen „Konstitution und körperlicher Leistungsfähigkeit" speziell militärischer Dienstbrauchbarkeit, haben wir ja gerade im Kriege wieder neu einzuschätzen gelernt (Fr. Müller). Und das von Kraus geprägte Bild der „Konstitutionellen Schwäche des Herzens" ist in seiner Bedeutung erst im Verlaufe des Krieges richtig gewürdigt worden.

Jedenfalls hat uns die Kriegserfahrung gezeigt, daß das wirklich hypoplastische Herz (sein Herz-, Lungen-Durchmesser-Quotient ist abnorm klein) Anstrengungen auf die Dauer niemals gewachsen ist. Vielleicht wird es mir später einmal möglich sein, diese Tatsache statistisch aus meinen umfangreichen Notizen zu erhärten.

Aber, das sei hier ausdrücklich erwähnt, perkutorisch läßt sich ein hypoplastisches Herz wohl nie mit einwandfreier Genauigkeit nachweisen, selbst wenn man die Untersuchung des Herzens „in schlaffer Haltung" vornimmt, wie Molnar vorschlägt.

Im Anschluß an das kleine Herz ist dann die Aorta angusta zu erwähnen. Die Empirie, besonders die exakte orthodiagraphische Messung der Aorta, die ich vor kurzem angegeben habe, hat uns neuerdings wieder gezeigt, daß die enge Aorta nicht häufig vorkommt.

Feststehend ist jedenfalls, daß das minderentwickelte hypoplastische Zirkulationssystem auch minder leistungsfähig ist, schneller versagt. Und so ist die Frage wenigstens diskutabel, ob Astheniker, welche Träger eines wirklich hypoplastischen Herzens waren, frühzeitiger arteriosklerotische Veränderungen durch die Strapazen des Kriegshandwerks davongetragen haben, als kräftige Menschen. Ich habe diesen Eindruck gehabt. Aber nur Familienstatistiken, deren ich bereits einige gesammelt habe, können hierüber Aufschluß geben.

Daß der Zustand des Gefäßsystems von großer Bedeutung für den gesamten Zirkulationsapparat und besonders für die Funktion des Herzens ist, bedarf heute keiner Erörterung mehr. Und wenn wir die aktive Mitarbeit des Gefäßsystems mit Hürthle selbst nur mit 16% derjenigen des Herzens gegenüberstellen — einerlei, ob wir dabei Hasebrocks Vorstellung der rhythmischen Erschlaffung und Kontraktion der Gefäße oder eine andere uns zu eigen machen —, so wird uns die Präsklerose oder besser gesagt die juvenile resp. vorzeitige Arteriosklerose sehr bedeutungsvoll für die Funktion des Zirkulationsapparates erscheinen.

Wohl als erster hat Moenckeberg 1915 auf das auffallend häufige frühzeitige Vorkommen von Arteriosklerose bei den jugendlichen Kriegsteilnehmern aufmerksam gemacht. Später, im Jahre 1916, konnte er bereits über 173 Fälle berichten, die er mit dem Befunde bei 136 gleichalterigen Zivilisten und 100 Frauen vergleicht. Dabei ergab sich, daß die Prozentzahl der Arteriosklerotiker bei den Kriegsteilnehmern zwischen der bei gleichalterigen, nicht militärdienstpflichtigen Männern und der bei gleichalterigen Frauen liegt, sich aber erheblich mehr der ersteren Zahl annähert. Bei sämtlichen Männern des dienstpflichtigen Alters zeigte die linke Kranzarterie des Herzens bei weitem am häufigsten arteriosklerotische Veränderungen, was wohl mit der stärkeren Beanspruchung des linken Ventrikels bei den Männern zusammenhängt. Ueberraschend häufig kommen bei den frühzeitigen Arteriosklerotikern beiderlei Geschlechts in der Anamnese chronische Krankheiten vor, welche mit endogenen Vergiftungen einhergehen und dadurch geeignet erscheinen, Gefäßveränderungen zu bedingen. Bemerkenswert war auch die Feststellung, daß bei Kindern verschiedene Infektionskrankheiten Veränderungen degenerativer Art an derjenigen Stelle der linken Kranzarterie bedingen können, welche später für die frühzeitige Arteriosklerose prädisponiert ist. Es kann sonach an einen Zusammenhang zwischen frühzeitiger Arteriosklerose und früheren Infektionskrankheiten gedacht werden.

In gleicher Weise — vergleichend — hat auch Lubarsch die Frage, ob die jugendliche Arteriosklerose besonders bei

*) Referat auf dem 36. Balneologen-Kongreß in Berlin.

Kriegsteilnehmern zu beobachten sei, untersucht. In seinem Bericht auf der Kriegspathologen-Tagung in Berlin 1916 verneinte er die Frage unter Zustimmung von Moenckeberg, Westenhöfer, Askanazy, Henke, Oberndorfer u. a. Kohlhaas gehört dagegen zu den wenigen Autoren, die von „vorzeitigen Arterienveränderungen beim Feldheer" sprechen.

Wir gehen aber jedenfalls nicht zu weit, wenn wir sagen, daß leichtere Herzveränderungen bei der Musterung fast nie festgestellt worden sind, daß selbst schwere Zirkulationsstörungen übersehen wurden, daß die nervöse Komponente der einzelnen Fälle, teils über-, teils unterwertet, jedenfalls selten richtig bewertet worden ist und daß vor allem die Konstitution des Einzelindividuums nicht berücksichtigt worden ist oder berücksichtigt werden konnte, noch viel weniger aber die individuelle Eignung (körperliche und geistige) bei der Dienstzuweisung eine Rolle gespielt hat.

Wenn wir uns nun fragen, welchen Schädlichkeiten der Kreislaufapparat der Kriegsteilnehmer ausgesetzt war, so ist natürlich zu unterscheiden zwischen der Kriegsverwendungsart der einzelnen Menschen: ob sie im Schützengraben, dicht hinter der Front, in der weiteren Etappe, in der Garnison Dienst taten, ob sie beim Stab, im Büro, auf der Kammer, bei der Truppe, bei der Kolonne usw. Verwendung fanden. Denn je nach der Verwendungsart waren natürlich die den Kreislaufapparat bedrohenden Gefahren verschieden.

Ganz allgemein sind wohl vier schädliche Faktoren zu nennen, die auf das Zirkulationssystem allgemein einwirkten oder einwirken konnten:

1. das physische Trauma; 2. das psychische Trauma; 3. Gifte; 4. Infektionskrankheiten.

Und wenn wir die Frage stellen, wie der Krieg und die durch ihn bedingten Schädlichkeiten auf Herz und Gefäßsystem eingewirkt haben, so ist zu unterscheiden:

1. allgemeine Wirkung auf den gesunden Zirkulationsapparat;
2. die Wirkung auf den bereits erkrankten Zirkulationsapparat;
3. die besonderen durch den Krieg bedingten Erkrankungsformen des Zirkulationsapparates.

Was die erste Frage betrifft, welche allgemeine Wirkung der Krieg auf das gesunde Zirkulationssystem gehabt hat, so ist hier eine einheitliche Antwort kaum zu geben. Das Studium dieser Frage, etwa nach Art der Fragestellung: „Sport und Herz", war ja nicht möglich. Wir werden uns also mit dem begnügen müssen, was bezüglich der verschiedenen Erkrankungsformen zu sagen ist. Es sei im übrigen auf die Publikation von Menard und von Biscons und Mercier über Puls und Blutdruck im Schützengraben und während der Schlacht verwiesen und auf Dietlen's Arbeit über akute Herzerweiterung bei Kriegsteilnehmern.

Ich kann nun selbstverständlich keine lückenlose Aufzählung aller im Kriege beobachteten und durch den Krieg und seine mannigfachen Folgeerscheinungen bedingten Störungen des Zirkulationsapparates geben. Für derartige Arbeiten fehlt uns heute noch Zeit und Muße. Auch ist uns die außerdeutsche Literatur immer noch unzugänglich. Ich will mich daher unter möglichster Anlehnung an die Literatur auf meine eigenen Beobachtungen und gesammelten Erfahrungen stützen, die ich etwa folgendermaßen zusammenfassen kann:

Der Krieg hat dem Zirkulationsapparat der wehrfähigen Männer eine physische und psychische Belastung gebracht, die weit über die uns bisher bekannte physiologische Belastungsbreite hinausging. Dabei waren infolge oft ungenügender Auswahl den Anstrengungen häufig auch Individuen ausgesetzt, die beträchtlich unter der mittleren resp. durchschnittlichen Leistungsfähigkeit standen, die körperlich als minderwertig zu bezeichnen waren. Eine große Anzahl von Männern mit pathologisch verändertem Zirkulationssystem haben sich auch freiwillig den Kriegsstrapazen unterzogen. Und bei allen kam erschwerend hinzu: die Sorge um Deutschlands von allen Seiten bedrohte Existenz, die Sorge um die in der Heimat Zurückgebliebenen, die Sorge um die Zukunft, den Beruf, um die Existenz, und hinzu kam die schlechte Ernährung und der oft beträchtliche Alkohol- und Nikotinmißbrauch. Unter solchen Umständen war uns die große Zahl der leicht geschädigten, sagen wir organisch-funktionell stark reduzierten Herzen nicht erstaunlich. Wunder nahm uns nur die relativ geringe Zahl organisch schwer geschädigter Herzen und die oft lange Widerstandskraft der schon bei Kriegsbeginn kranken und trotzdem ausgerückten Kriegsteilnehmer. Die „Spannung" ließ die Menschen durchhalten. Aber früher oder später mußte die Reaktion kommen. Und so sahen wir denn eine enorme Zahl von nervösen, physischen, innervatorischen und innersekretorischen Herzstörungen, eine Zahl, die mit der Länge des Krieges lawinenartig zunahm.

Und ganz ähnlich lagen die Verhältnisse bei den Tausenden von Rekonvaleszenten nach Infektionskrankheiten. Schwere organische Erkrankungen blieben nur äußerst selten zurück — vielleicht, weil der Tod schon im Seuchenlazarett die richtige Auswahl hielt. Dagegen traten in der Rekonvaleszenz in gehäuftem Maße nervöse Herzstörungen der oben geschilderten Art auf, die uns in solcher Zahl und solchem Ausmaß aus Friedenszeiten nicht bekannt waren und immer wieder zu der wohl falschen Annahme führten, daß es sich um organische oder wenigstens um besondere und neuartige Krankheitsbilder handele.

Und endlich ist auch von den traumatischen Erkrankungen das gleiche zu sagen. Wohl blieben vereinzelt nach dem Trauma resp. der Verletzung Beschwerden zurück, die — ganz abgesehen natürlich von den Folgen der Steckschüsse — als Verwachsungsfolgen resp. Funktionsbehinderungen zu deuten waren. Stets aber spielte nebenher, wenn nicht hauptsächlich, das psychische Moment eine große Rolle.

Nach dem Vorstehenden ergibt sich bereits von selbst, daß der Krieg neuartige Krankheitsbilder am Zirkulationsapparat wohl kaum hervorrufen konnte.

Sichten wir die vorliegende Literatur, so kommen wir zunächst mit Kraus zu dem Schlusse: K r i e g s h e r z e n i m e i g e n t l i c h e n S i n n e d e s W o r t e s g i b t e s n i c h t. Die von uns beobachteten Erscheinungen waren die gleichen, wie unter gleichen Bedingungen oder Anforderungen im Frieden. Wie dort, so spielten auch hier Tabak- und Alkoholabusus eine Rolle. Sehr häufig beobachtete Kraus Tachykardien nach derartigem Reizmittelmißbrauch, aber auch im Gefolge von Angstpsychosen usw. durch Herabsetzung des Vagustonus, nach Ueberanstrengungen, Unfällen. Daneben waren nächtliche Palpitationen einerseits, Blutdrucksenkungen andererseits häufig zu beobachten.

Auch Wenckebach hebt hervor, daß Verlauf, Genesung und Behandlung der Herzkrankheiten der Kriegsteilnehmer sich nicht wesentlich von dem unterscheidet, was man in Friedenszeiten zu sehen gewohnt ist. Endokarditis, im Felde entstanden, sah Wenckebach sehr selten, Arteriosklerose hauptsächlich bei älteren Leuten, Herzerweiterungen besonders nach Infektionskrankheiten.

Besonders muß ich betonen, daß unter den von mir untersuchten oder behandelten Fällen sich nur außerordentlich wenige Patienten befanden mit einer im Kriege erworbenen Myokarditis schwereren Grades. Die wenigen derartigen Fälle — z. B. ein 25 jähriger Offizier mit Situs inversus, bei dem nach Erkundungsritt mit zweimaligem Durchschwimmen eines eiskalten Flusses sich ein Cor bovinum und ein Irregularis perpetuus entwickelte — waren vor dem Krieg nicht einwandfrei gesund gewesen. Leichte Myokardititen kamen etwas häufiger, aber doch nicht so oft, wie die ausgesprochene Myasthenia cordis vor. Das größte Kontingent von im Krieg erworbenen Zirkulationsstörungen stellten unter meinen Fällen entschieden die Herzneurosen und im Gegensatz zur Friedensstatistik auffallend oft — wenn auch nicht immer — gut differenzierbar in drei Formen, als

1. Herzneurasthenie und -Hysterie,
2. Sympathikotonische und thyreotoxische Formen,
3. Vagotonische Formen.

Die als Kriegsfolge aufzufassenden Gefäßerkrankungen wurden bereits erwähnt. Ich muß aber sagen, daß ich klinisch nur relativ selten die Symptome einer Kriegs- resp. juvenilen Arteriosklerose feststellen konnte.

Sehr häufig bestanden dagegen — als Teilsymptom der allgemeinen Neurose — vasomotorische Störungen von den geringsten bis zu den schwersten Graden, Raynaud'sche Krankheit, intermittierendes Hinken usw.

Auch die Herzbeutelerkrankungen und deren Folgen waren nicht oft Objekt der Untersuchung. Nur leichte Formen mit geringer Herzverziehung kamen im allgemeinen zur Beobachtung, meist mit Rechtsverlagerung des Herzens.

Ich bin hiermit immer noch nicht am Ende meiner Vorrede angelangt. Ich muß nun noch auf die Frage Antwort geben: W i e i s t d e n n d a s B i l d d e r „K r i e g s f o l g e n a m Z i r k u l a t i o n s a p p a r a t" h e u t e n a c h b e e n d e t e m K r i e g e z u s c h i l d e r n?

Auch hier kann ich mich nicht auf eine Statistik stützen. Aber auch ohne zahlenmäßige Unterlagen glaube ich die Antwort geben zu können, eine Antwort, die r e t r o s p e k t i v ä u ß e r s t l e h r r e i c h, besonders aber für die Wertung des Begriffes „Kriegsherz" sein dürfte. Nämlich: d a s K r i e g s h e r z i s t n a h e z u v o l l k o m m e n v e r s c h w u n d e n. Und insofern ist die Bezeichnung durchaus zutreffend gewesen. Aber hiermit ist durchaus nicht gesagt, daß alle asthenischen und nervösen Einzelerscheinungen am Zirkulationsapparat, soweit sie Kriegsfolgen waren, restlos geschwunden sind.

Ueberhaupt ist es noch nicht an der Zeit, darüber zu diskutieren, i n w e l c h e m G r a d e, i n w e l c h e r F o r m u n d i n w e l c h e r H ä u f i g k e i t Z i r k u l a t i o n s s c h ä d e n a l s D a u e r f o l g e n d e s K r i e g e s z u n o t i e r e n s i n d. Wenn unsere Theorie zu Recht besteht, daß die Arteriosklerose in der Hauptsache eine Abnutzungskrankheit ist, dann muß der Massenkonsument Krieg e i n e e n o r m e

Zunahme der Arteriosklerose zeitigen, eine Zunahme, die sich wohl erst in Jahren im vollen Licht zeigen wird, die sich aber gerade bei uns in Deutschland bemerkbar machen muß, da unser Menschenmaterial bis aufs äußerste ausgenutzt, man kann sagen, ausgepumpt werden mußte, da unsere Auswahl zum Schlusse nicht mehr nach Tauglichkeits-, sondern nur nach Bedürfnisgrundsätzen vorgenommen werden konnte und mußte und endlich, weil wohl kein Volk unter gleich großem moralischem und physischem Druck gleich schwere Kriegsjahre durchzumachen hatte und durchgemacht hat, wie das deutsche Volk. Erst in einigen Jahren wird sich also entscheiden lassen, inwieweit bei der enormen Einbuße der Volkskraft und Volksgesundheit Deutschlands auch das Zirkulationssystem mitbetroffen ist.

Das Bild, das sich uns heute bietet, ist sonach noch nicht als einwandfrei zu bezeichnen. Infolge der numerischen Abnahme der funktionell-nervösen Zirkulationsstörungen prävalieren jetzt die organischen schweren Schäden. Aber immer noch ist die Zahl der schweren Vitien und der schweren Myokardschädigungen an sich relativ gering. Die Zahl der ersteren könnte heute schon festgelegt werden. Bezüglich der Myokarderkrankungen wird wohl das bezüglich der Sklerose Gesagte, wenn auch nicht im gleichen Umfange, zu wiederholen sein. Auch die Myokardschädigung als Folge des Krieges wird bei vielen Fällen erst im Laufe der nächsten Jahre im vollen Umfange manifest und erkennbar werden. Schon jetzt habe ich den Eindruck gewonnen, daß die Zahl der schweren Formen langsam zunimmt. Vorwiegend scheinen es die Folgen der Ueberanstrengungen zu sein, die sich nunmehr bemerkbar machen, weniger vielleicht die Folgen der Kriegsseuchen, deren Wirkung auf das Zirkulationssystem im Sinne einer Dauerschädigung ja teilweise noch problematisch ist. Und auch die Kriegsnephritis scheint in den wenigsten Fällen schwere Herzveränderungen zurückgelassen zu haben.

Beträchtlich reduziert ist die große Zahl der leichten organischen Störungen — kurz gesagt — der Erschöpfungserscheinungen am Zirkulationsapparat, der organisch bedingten Form des Kriegsherzens. Wir wollen aber nicht zu optimistisch urteilen. Eine nervöse Komponente lag ja wohl bei all diesen erschöpften oder konstitutionell minder leistungsfähigen asthenischen Individuen vor. Sie ist verschwunden, seitdem der moralische Druck des Krieges abgefallen ist, der Militärzwang aufgehört hat. Vielen wird auch die Sorge um die Zukunft, der Wiederaufbau der Existenzgrundlagen keine Zeit lassen, an den eigenen Körper zu denken. Nicht bei allen wird also die Erschöpfung ausgeglichen sein, oder durch die nötige Ruhe ausgeglichen werden — auch hier wird erst später die Bilanz gezogen werden können.

Was ist aber aus dem nervösen Kriegsherzen, dem eigentlichen Kriegsherzen, geworden? Der Alp, der auf diesen Menschen lastete — der Militärzwang, der Krieg mit seinen direkten und indirekten physischen und psychischen Belastungen, das Herausgerissensein aus Familie, Milieu und Beruf — ist beseitigt. Der Einzelne kann wieder aufatmen. Ist aber der krankhafte Reiz, das ursächliche Moment verschwunden, was ist natürlicher, als daß auch die Auswirkung dieses Reizes verschwindet. Nicht der Beweis von Drückebergerei, von Aggravation liegt in dieser Erscheinung, sie ist eine logische und physiologische Folge.

Ganz besonders selten sind die im Kriege häufigsten, die sympathikotonischen Formen der Kriegs-Herzneurosen geworden. Die „Herzklopfer", die Glanzaugen, der erhöhte Druck, die Herzstiche, die flatternde Atmung, sie sind verschwunden. Und wo eine nachweisbare Innersekretionsalteration bestand, wo die Schilddrüse angeschwollen war, sehen wir jetzt wieder geregelte Zustände.

Nicht ganz so schnell scheinen die an sich im Krieg etwas weniger häufigen Fälle der vagotonischen Form abzuheilen. Noch finden wir vereinzelt, wenn auch gemildert, Bradykardien mit niedrigem Blutdruck, Extrasystolen, subjektiv: Schwindel, anginöse Beschwerden, Herzdruck, Druckempfindlichkeit, Atemsperre und bleiches Aussehen.

Wohl am längsten bleibt das eigentliche Bild der Kriegs-Herzneurasthenie bestehen, wenn auch hier eine starke Entlastung eingetreten ist. Wie weit das Heer der Herzneurastheniker — aller jener Fälle, die den ausgesprochen hypochondrischen, querulierenden, energielosen Charakter objektiv mehr oder weniger ausgesprochene Extrasystolie aufweisen, und sich durch dauernde Beobachtung, ständiges Belauschen ihrer Zirkulationsvorgänge, Pulsfühlen usw. charakterisieren — durch die Rentenjäger vergrößert worden ist, entzieht sich meiner Kenntnis, wird auch vorläufig noch nicht zu übersehen sein.

Eine Kategorie möchte ich ihnen schon heute neu einfügen — die Attestneurastheniker. Gar manches Attest wurde ja ausgestellt, das nur, um den guten Willen zu zeigen, geschrieben wurde, doch nichts anderes enthielt, als das, was bei jedem zur Musterung geladenen Menschen gesagt werden konnte: leicht erregbarer Puls, etwas wechselnde Blutdruckzahlen, dumpfe oder nicht sehr kräftige Herztöne. Und dieser Musterungs-Hoffnungs-Strohhalm wird nun gar manchen neurasthenisch disponierten Individuen zur dauernd fließenden Quelle hypochondrisch-neurasthenischer Schübe.

Auch die isolierten vasomotorischen Störungen sind noch zu erwähnen. Sie waren aber im Kriege selten die Ursache einer Krankmeldung, meist Teilerscheinung einer der vorstehenden Gruppen.

Wenn ich mich nun nach dieser langen Einleitung meinem Hauptthema, der balneologischen Behandlung der Kriegsbeschädigten zuwende, muß ich darauf hinweisen, daß das Wenige, was in der Literatur zu dieser Frage gesagt worden ist, oft die extremsten Gegensätze erkennen läßt (A. Hoffmann, Lichtwitz, Laqueur u. a.). Auf der einen Seite Empfehlung von CO_2 Bädern für jeden Fall, auf der anderen Seite Warnung vor Bädern, besonders vor CO_2 Bädern, als dem schlimmsten Fehlgriff, Hier Ruheempfehlung für Jeglichen, dort Turnübungen für Alle. Auf der einen Seite Mast-Ruhekuren, auf der anderen Luft-Sonne-Bewegungspropaganda. Ganz das gleiche war ja auch bei der medikamentösen Therapie zu sehen: von vieler Seite Ablehnung oder Warnung vor Digitalis, von anderen (Kaufmann-Meyer z. B.) Empfehlung größerer Digitalis-Dosen (0,3 Pulvis oder 60 Tropfen Digipurat täglich) für mehrere Wochen bei vorübergehenden Herzerweiterungen „bei gesundem Herzen". Wie überall, so scheint auch auf therapeutischem Gebiet der Krieg eine gewisse Hemmungslosigkeit hervorgerufen zu haben.

Gegen die Behandlung der zirkulationsgeschädigten Krieger in Herzbädern oder Herzstationen wurde dann noch von vielen Seiten besonders die Gefahr der Züchtung von Herzneurasthenikern ins Feld geführt. Diese Gefahr war allerdings groß, wenn der Zirkulationsapparat von Nichtspezialisten untersucht wurde, die — eines akzidentellen Geräusches, einer Extrasystole, einer nervösen Pulsbeschleunigung wegen, oder auch aus anderen harmlosen Gründen — dem Kranken die womöglich unrichtige Diagnose in ungeeigneter Weise beibrachten und ihn in eine Herzstation schickten. Ja, wenn dann dort wenigstens stets exakte Untersuchungen vorgenommen worden wären. „Die meisten Dienstbeschädigungs-Fälle", sagt Deneke, „würden viel klarer liegen, wenn gleich in dem ersten Lazarett, das der Beschädigte betritt, eine Röntgenuntersuchung gemacht worden wäre." Leider wurde dies und manches andere nicht durchgeführt — ob es wirklich nicht hätte besser gemacht werden können, bleibe dahingestellt.

Deneke hatte zwar recht, wenn er weiter sagte, „jeder Nervöse, der Bruststiche empfindet, kennt heutzutage keinen größeren Ehrgeiz, als den, zum Herzkranken befördert zu werden." Ich wage es aber, die paradox klingende Behauptung aufzustellen, daß man beim Militär mehr Herzneurastheniker gezüchtet hat, indem man diesem „Ehrgeiz" nicht nachgab, als wenn man ihn berücksichtigt hätte.

Und wird nicht dieser Fehler — in bester Absicht für das Wohl des Patienten — recht häufig gemacht? Kommt ein Patient und klagt über Schmerzen im rechten Arm, schnelle Ermüdbarkeit, so daß er nur kurze Zeit schreiben kann, so sagen wir ihm, wenn wir eine organische Ursache durch gründliche Untersuchung ausgeschlossen haben, daß eine schwere Nervenermüdung vorliegt und geben genaue Vorschriften für medikamentöse und physikalische Behandlung, verschreiben genau das Maß von Schonung und Uebung. Sollen wir es beim Herzneurastheniker anders halten? Man muß dem Kranken eine ihm verständliche Erklärung seiner Beschwerden geben, ihm sagen, daß das Herz gesund, aber die Herznerven in dieser oder jener Richtung irritiert seien — wobei man nicht von Vagotonie und ähnlichen Dingen reden sollte —, daß diese Nervenerkrankung eine gründliche Behandlung verlange, durch eine solche aber restlos zu beseitigen sei. Natürlich bedarf es dabei einiger individuell anzupassender Modifikationen, worin ja der Arzt, der ein wirklicher Arzt ist, besondere Kunstfertigkeit besitzt. Wird es nun, so fragen wir weiter, den Träger eines nervösen Herzens nicht mehr beruhigen und psychisch stärken, wenn wir ihn zur Beseitigung dieser ihm des öfteren zu erklärenden Herznervenerkrankung in spezialistische Behandlung, womöglich in eine Herzstation oder ein Herzbad schicken, unter der Versicherung, daß er seine Beschwerden los wird, — als wenn wir ihn mit Schlagworten, wie „nervös", „mit Energie dagegen ankämpfen" usw. abspeisen. Gewiß gibt

es Fälle, die allein durch die sachgemäße Aufklärung und durch Ruhe, Höhenluft und Milieuveränderung geheilt werden. Der Versuch kann in manchen Fällen angezeigt sein; wenn er mißlingt, ist die weitere Behandlung um so schwieriger, das Mißtrauen des Kranken geweckt, es sei denn, daß man von vornherein von einem „Versuch" gesprochen hat, dem eventl. noch eine spezielle „Herznervenbehandlung" folgen muß. Aber am sichersten werden wir dem Patienten stets helfen, wenn wir, einerlei, ob dringend indiziert oder nicht, eine, wenn auch noch so kurze spezielle Herz- oder, wenn der Fall entsprechend liegt, Herznervenbehandlung vornehmen und eine Luftkur anschließen.

Voraussetzung ist nun selbstverständlich, daß die spezielle Herzbehandlung auch spezialistisch angewandt und individuell angepaßt wird. Daß dies bei den großen Massen, die während des Krieges zu behandeln gewesen sind oder wären, kaum, oder nur unter Aufgabe mancher militärärztlichen Prinzipien möglich gewesen wäre, müssen wir zugeben. Denn im Kriege handelte es sich nur um die Frage: kriegsbrauchbar oder kriegsunbrauchbar. Heute ist es aber jedenfalls zu verlangen und auch durchführbar. Und so können wir unsere Kriegsbeschädigten nun wieder vorurteilsfrei der Segnungen der Balneologie und mit ihr der gesamten physikalischen Therapie teilhaftig werden lassen. (Schluß folgt.)

II. Referate.

Innere Medizin.

Dr. **Hamm** (Braunschweig): **Koagulen bei Hämophilie.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 21.)

Auf Grund sehr guter Erfahrungen bei Fällen von ausgesprochener Hämophilie empfiehlt Verf. bei Nasenbluten sowie vor notwendigen Operationen kleiner Art bei Blutern und vor Operationen, die an sich mit starken Blutungen einhergehen (Prostata z. B.), subkutane Injektionen von 1 g Koagulen. rs.

Prof. Dr. **G. Spieß** (Frankfurt a. M.): **Panflavinpastillen zur Desinfektion von Mund- und Rachenhöhle.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 19.)

Auf Grund theoretischer Ueberlegungen wie klinischer Beobachtungen empfiehlt Verfasser Panflavinpastillen bei infektiösen Prozessen, die sich in der Mund- und Rachenhöhle abspielen oder hier ihre Eintrittspforte in den Körper finden, sowohl zur Vorbeugung wie als Heilmittel. Jede Pastille enthält 0,003 g Trypaflavin. Sie lösen sich im Speichel (dessen Menge zu 10 ccm gerechnet) zu einer Lösung von 3:10000. Nun hemmt schon eine Trypaflavinlösung von 1:500 000 bis 1:1 000 000 das Wachstum von Streptokokken und Diphtheriebazillen, eine Lösung von 1:1000 tötet sie in ½ Stunde ab. Also ist von einer Pastille eine starke entwicklungshemmende Wirkung zu erwarten. Noch sicherer werden 2 gleichzeitig genommene Pastillen wirken. Die Pastillen müssen langsam gekaut und „gelutscht" werden. L.

Prof. **H. Ziemann** (Berlin): **Ueber einen Fall von Angioneurose nach Skorpionstich.** (Medizin. Klinik 1920, Nr. 10.)

Ein 49jähriger Major wurde im September 1916 während des Krieges in der Gegend von Aleppo nachts von einem Skorpion am vierten linken Finger gestochen; mehrere Wochen später mußte die Absetzung von Mittel- und Endglied des verletzten Fingers vorgenommen werden. Das Bemerkenswerte an diesem Fall ist, daß bald nach der Verletzung bei jeder Kälte und bei seelischer Erregung eine Erstarrung der Hände und Füße eintritt, und daß diese Funktionsstörung vorläufig dauernd besteht. Bei den Anfällen ist die Muskulatur völlig erstarrt, so daß die Hände absolut gebrauchsunfähig sind. Auch in der übrigen Zeit sind die Hände und Füße stark cyanotisch und fühlen sich eiskalt an. In der Literatur fand Z. keinen analogen Fall. Er nimmt an, daß der Skorpionstich als auslösendes Moment bei bestehender nervöser Disposition die vorliegende Angioneurose zum Ausbruch gebracht hat. R. L.

Dr. **Bennek** (Hohenlinde, O.-Schl.): **Zur Behandlung der Grippe mit Sublimatinjektion.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 18.)

Von der Beobachtung ausgehend, daß mit Hg wegen anderer Krankheiten behandelte Patienten nicht von der Grippe befallen werden, behandelt Verfasser neuerdings die Grippe mit Sublimatinjektion. Er verwendet eine 1 prom. Lösung und spritzt davon bis zu 1 ccm subkutan in den Unterarm oder Oberschenkel. Von 250 so behandelten Grippekranken starb kein einziger. L.

Kinderheilkunde.

Prof. **v. Starck** (Kiel): **Zur Chinintherapie des Keuchhustens.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 16).

In der Behandlung des Keuchhustens stehen die Chininpräparate nach Verf. immer noch an erster Stelle, daneben werden auch die Thymianpräparate viel angewendet. Zur innerlichen Darreichung eignen sich am besten die geschmackfreien Chininpräparate, wie Euchinin, Aristochin, Salochinin. Chininum sulfuric. resp. hydrochloric gibt man nach Verf. Kindern zweckmäßig in Form von Suppositorien. Die Zugabe einer gewissen Menge Codeïn oder Heroïn ist für den Anfang der Behandlung manchmal von Nutzen. Auch Chineonal, eine Kombination von Chinin und Veronal, hat sich bewährt; die Kinder nehmen es in Form der dragierten Tabletten meist ohne Schwierigkeiten. Verf. gibt davon in Pulver oder Tabletten pro Jahr des Kindes und dosi 0,05 g 4—5 mal täglich. Zur hypodermatischen Injektion wurde von Lenzmann Hydrochininum hydrochloricum, Tussalvin, empfohlen. Jedoch besteht bei den intramuskulären Injektionen von Chininpräparaten die Gefahr einer Gewebsschädigung. Als Beispiel führt Verf. einen Fall an. Ein etwa 1 Jahr altes Kind hatte vom Arzt innerhalb 11 Tagen 8 intraglutäale Tussalvininjektionen von 0,15 g in vorschriftsmäßiger Weise bekommen. Es entwickelten sich nach der letzten Einspritzung tiefe Nekrosen der linken Gesäßseite, nach einigen Wochen starb das Kind plötzlich. L.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Prof. Dr. **Fr. Bering** (Essen): **Ueber das Silbersalvarsan.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 20.)

Vorliegendem Bericht liegen die Erfahrungen bei 3200 Infusionen an 127 Männern und 132 Frauen zu Grunde. Die wichtigsten Ergebnisse sind folgende: In sämtlichen Stadien der Syphilis gehen die Erscheinungen sehr prompt zurück mit rasch folgendem Verschwinden der Spirochäten; Thrombosierung der Venen kommt bei Silbersalvarsan nicht vor; Exantheme und Ikterus treten nach Silbersalvarsan nicht häufiger auf als nach Altsalvarsan. Das Silbersalvarsan ist zur Abortivbehandlung der Lues geeignet. Bei der kombinierten Silbersalvarsan-Quecksilberbehandlung wurde eine sehr gute und lang anhaltende Beeinflussung der Wa. R. erzielt. Die kombinierte Behandlung muß nach Verfasser vorläufig noch zu Beginn der sekundären Lues durchgeführt werden. Zur Vermeidung des Ikterus empfiehlt B., während der Behandlung fortlaufende Untersuchungen des Urins auf Gallenfarbstoff vorzunehmen. Dadurch kann eine beginnende Leberschädigung erkannt und das Silbersalvarsan rechtzeitig ausgesetzt werden. Bemerkenswert ist ein Todesfall, der bei einer 22jährigen Patientin nach 3 Injektionen (0,1; 0,15; 0,2 g) in 4tägigen Abständen eintrat. Schon die beiden ersten Injektionen verursachten Kopfschmerzen, ebenso die dritte. Die Untersuchung des Gehirns ergab eine hämorrhagische Encephalitis. R. L.

Prof. Dr. **Klotz** (Lübeck): **Medikamentöse Calcariurie.** (Therapeutische Halbmonatshefte 1920, Heft 7.)

Bei einem einjährigen Kinde, welches häufigen Harndrang hatte und bei dem der Urin entweder trübe entleert wurde oder sich bald nach der Miktion intensiv trübte, fand sich hochgradige Calcariurie, d. h. reichliche Ausscheidung von Kalksalzen im Urin. Als Ursache stellte Verfasser fest, daß das Kind auf Rat eines Apothekers seit 4 Monaten täglich 3—5 Tabletten Camagol bekam (prophylaktisch gegen Rachitis!). Camagol besteht aus Kalksalzen, kombiniert mit Magnesium citricum. L.

Strahlenbehandlung.

Privatdozent Dr. **Georg Walterhöfer** (Berlin): **Ueber die Einwirkung der Röntgenstrahlen bei Leukämie.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Die Röntgenstrahlen zeigen eine vorzügliche Beeinflussung der weißen Blutelemente, während die Bildungsstätten der roten Blutkörperchen gegen Röntgenstrahlen widerstandsfähig sind. Bei pathologisch veränderten Geweben scheint freilich die Empfindlichkeit recht verschieden zu sein, ja sogar bei demselben Kranken vielfach zu wechseln. Die Deutung dieser durch die Röntgenstrahlen hervorgerufenen Veränderungen ist noch nicht als geklärt anzusehen. Hh.

Karl Traugott (Frankfurt a. M.): **Ueber den Einfluß der ultravioletten Strahlen auf das Blut.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 12.)

In folgenden Sätzen faßt T. die Ergebnisse seiner Beobachtungen zusammen: 1. Durch Bestrahlung mit ultraviolettem Licht wird beim Menschen die Zahl der roten Blutkörperchen nicht verändert, das Blutkörperchenvolumen bleibt konstant. 2. Unter normalen Verhältnissen finden sich im Kapillar- und ungestauten Venenblut dieselbe Anzahl weißer Blutkörperchen; eine gleichmäßige Vermehrung derselben findet sich im allgemeinen nach Bestrahlung mit ultraviolettem Licht, wenn die Bestrahlung lange genug (über 10—15 Minuten) dauert; ist die Bestrahlungszeit kürzer, so finden sich Zahlendifferenzen im Kapillar- und Venenblut. 3. Die Vermehrung nach der Bestrahlung betrifft ganz gleichmäßig Leukozyten und Lymphozyten. 4. Die auf den lebenden Organismus einwirkenden ultravioletten Strahlen beeinflussen das Blut derart, daß das Blut nach der Entnahme aus

dem Körper rascher gerinnt und hierbei gleichzeitig die Blutplättchenzahl vermehrt ist. L.

Dr. **Hans Tichy** (Marburg): **Zur Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste der Mundhöhle und ihrer Umgebung.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 7.)

Verfasser berichtet kurz aus der Marburger chirurgischen Universitätsklinik über die Ergebnisse der Strahlenbehandlung bösartiger Tumoren der Lippen, Mundhöhle und Umgebung. Bestrahlt wurde teils nur mit Radium, teils nur mit Röntgenstrahlen, neuerdings kam ein Intensiv-Reformapparat der Veifawerke in Verbindung mit der Fürstenau-Coolidge-Röhre zur Verwendung. Ein Teil der Fälle wurde nach der Operation, ein anderer primär bestrahlt. Das Gesamtergebnis ist recht traurig. Von im ganzen 19 Fällen starben 9 an Rezidiven, in 6 weiteren Fällen war ein Mißerfolg zu verzeichnen; dem steht nur ein sicherer und 3 zweifelhafte Erfolge gegenüber. R. L.

Dr. **Rudolf Dittrich** (Breslau): **Die Röntgenstrahlenbehandlung der Gesichts- und Halsaktinomykose.** (Med. Klinik, 1920, Nr. 15.)

Auf Grund der in den letzten Jahren in der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik gemachten Erfahrungen empfiehlt Verfasser bei der Behandlung der Gesichts- und Halsaktinomykose die mit Jodkalidarreichung kombinierte Röntgenbestrahlung als Methode der Wahl. Folgendes Bestrahlungsverfahren erwies sich am zweckmäßigsten: Röhre vom Härtegrad 9—10, $2^1/_2$—$3^1/_2$ Milliampère, Entfernung der Röhre 22 cm, Aluminiumfilter 3 mm, Feldereinteilung. Jedes Feld erhält in jeder Sitzung 1 E. D., die Pause zwischen 2 Bestrahlungen beträgt 4 Wochen. Erstreckt sich der Krankheitsherd tiefer als 2,5 cm, so kommt ein Zinkfilter (0,5 mm Zink, 1 mm Aluminium) zur Anwendung. Die von Verf. mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, daß mit dieser Methode fast immer Heilung erzielt wird. L.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Balneologische Gesellschaft.

Hr. **Groedel II** (Nauheim): **Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen der Kreislauforgane.** (Referat.) Erscheint im Original in Nr. 36 und 37 dieser Zeitschrift.

Hr. **Siebelt** (Flinsberg): **Pulsbeschleunigung und Pulsverlangsamung als Kriegsfolgen und ihre Bäderbehandlung.** Ist im Original in Nr. 27 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Schmincke** (Elster): **Anzeigen und Gegenanzeigen der Behandlung Herzkranker mit Bädern.** Ist im Original in Nr. 28 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Rehfisch** (Charlottenburg): **Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Funktionsprüfung des Herzens.** Ist im Original in Nr. 29 und 30 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Selig** (Franzensbad): **Ueber Dauerwirkungen der Kohlensäurebäder bei hohem Blutdruck.** Ist im Original in Nr. 29 dieser Zeitschrift erschienen.

Aussprache

(zu dem Referat Groedel und zu den Vorträgen Siebelt, Schmincke, Rehfisch und Selig):

Hr. Krone (Sooden a. d. Werra): Ich war während des Krieges $3^1/_2$ Jahre lang im Osten in der Etappe der Bugarmee an Seuchenlazaretten tätig. Hunderte von Fleckfieber- und Ruhrkranken, von Typhus und von Fünftagefiebern (oder, wie sie dort genannt wurden, „Wolhynisches Fieber") sind durch meine Finger gegangen. Ich kann auf Grund meiner Erfahrungen nur das bestätigen, was Hr. Groedel gesagt hat: eine dauernde nachteilige organische Einwirkung auf das Herz habe ich nicht — oder nur in ganz seltenen Fällen — nach den Seuchenerkrankungen nachweisen können. Allerdings habe ich in dem letzten Jahre auch die Beobachtung, die Hr. Siebelt vorgetragen hat, gemacht: häufige Pulsverlangsamungen bei den Seuchenrekonvaleszenten ohne physikalisch nachweisbare organische Veränderungen am Herzen. Ob der Grund hierfür in Unterernährung oder in beginnenden, noch nicht nachweisbaren organischen Veränderungen am Herzmuskel zu suchen ist, entzieht sich meiner Beurteilung — ich habe die Kranken ja immer nur kürzere Zeit nach der Erkrankung gesehen.

Hr. Hesse (Kissingen): Ich warne vor Bäderbehandlung bei Hyperthyreosen und rate in diesen Fällen zur Beschränkung auf einfache Ruhekur.

Hr. Strasser (Wien): Ich muß gegen die Auffassung Stellung nehmen, daß jede Hypertonie auf eine Nierenerkrankung hinweist; es ist doch wahrscheinlich, daß die letztere eine Teilerscheinung einer Veränderung des Gefäßsystems darstellt (Gall und Sutton'sche Kapillarfibrose). — In den Ausführungen des Hrn. Rehfisch finde ich die Bemerkung, daß aktive Dilatation den Blutdruck erhöht. Nun kennt die Physiologie keine Erweiterung der Gefäße mit Erhaltung des Tonus. Auch ist die Anwendung des Antagonismus der Gefäße der Peripherie und des Splanchnikusgebietes nicht so einfach; man kann nur sagen, daß Schwankungen von Gefäßkalibern stattfinden, die kompensatorisch arbeiten, um einen notwendigen Druck zu erhalten. — Endlich möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf die Beobachtung der Kapillarzirkulation lenken, für deren Beurteilung schon Methoden vorhanden sind. Ich bin der Ueberzeugung, daß die Frage der sog. Durchlässigkeit der Gefäße und das osmotische Bedürfnis der Gewebe gerade für die Balneologie und zwar sowohl für die interne Darreichung der Mineralwässer als auch für die thermisch-mechanischen Prozeduren von größter Bedeutung sind.

Hr. Strauß (Berlin): Bei den Hypertonien müssen funktionelle und anatomische, d. h. echt arteriosklerotische und nephrotische Zustände scharf unterschieden werden. Hypertonie ist nur ein Symptom. Die therapeutischen Resultate sind verschieden, je nach der Ursache der Hypertonie, und es ist deshalb nicht wunderbar, daß die eine Gruppe von Fällen auf eine Entspannungstherapie gut reagiert, die andere nicht. Die konstitutionellen Herzkrankheiten sind viel häufiger als man früher annahm. Vagotonie und Sympathikotonie sind oft kombiniert, so daß oft die Diagnose „vasomotorische Neurose" für das praktische Handeln genügt. Auch die Hyperthyreosen sind oft neurogen bzw. psychogen. Aorta angusta ist nach Obduktionsbefunden doch häufiger, als Hr. Groedel anzunehmen scheint. Sie stellt aber nur eine Teilform des großen Gebietes der konstitutionellen Herzkrankheiten dar.

Hr. Groedel II (Nauheim) [Schlußwort]: Ich habe mich bezüglich der Therapie des Kriegsherzens etwas kurz gefaßt, da es mir wichtiger erschien, hier zu erörtern, welche Krankheitsbilder unter den Kriegsfolgen besonders häufig vorkommen; die Therapie ergibt sich dann ja fast von selbst.

Zu den Ausführungen des Hrn Strauß möchte ich nur bemerken, daß gerade die anatomische Untersuchung gezeigt hat, daß man ihre Ergebnisse nicht ohne weiteres für die Lösung der Frage der engen Aorta verwerten kann. Im Interesse der Therapie ist meiner Ansicht nach ein Schematisieren unbedingt notwendig, denn je nachdem das Symptombild der Vagotonie oder der Sympathikotonie, resp. der durch die letztere bedingten oder diese bedingenden Dysharmonie überwiegt, ist die Therapie eine wesentlich verschiedene.

Zu den Ausführungen des Hrn. Rehfisch habe ich zu bemerken, daß wir gerade in der Beobachtung der Pulsfrequenzänderung nach dosierter Arbeit ein sehr empfindliches Reagenz für die Funktion des Zirkulationsapparates haben. Ob diese Funktion durch falsche Nervenregulation oder durch eine organische Veränderung gestört ist, ist ja schließlich für den Arbeitseffekt selbst gleich. Etwas anders ist es mit der Suffizienzprüfung. Ueber diese erhalten wir nur Aufschluß durch sehr exakte Beobachtung der subjektiven und objektiven Symptome beim einzelnen Patienten.

In den Ausführungen des Hrn. Schmincke habe ich unter der Bäderwirkung die schonende Komponente vollkommen vermißt. Die schonende, entlastende Wirkung der Bäder resp. gewisser Bäderformen ist doch für die Behandlung des nicht vollkommen suffizienten Herzens von größter Wichtigkeit. An der diuretischen Bäderwirkung zu zweifeln, ist selbst für den skeptischen Beobachter unmöglich, wenn man immer wieder von den Patienten hört, daß sie über die überaus großen Urinmengen erschrocken sind.

Zum Schluß möchte ich noch davor warnen, die Bäderzahl hier, wie dies von einigen Herren versucht worden ist, genau fixieren zu wollen. Jeder vorsichtige, erfahrene Therapeut wird für kurze Kuren eintreten. Diese Zahl nun aber auf 10—16 Bäder zu reduzieren oder festzulegen, heißt doch bedeutend über das Ziel hinausgehen. Wir müssen dies dem behandelnden Arzt überlassen und möchten im Gegensatz zu einem der Herren Vorredner davor warnen, daß der Hausarzt derartige oder ähnliche Direktiven dem Patient zur Kur mitgibt.

Hr. Siebelt (Flinsberg) [Schlußwort]: Erfreulicherweise befinde ich mich im großen Ganzen im Einverständnis mit den übrigen Fragen, welche hier berührt wurden. Bezüglich der Bemerkung des Hrn. Hesse über die Thyreosen weise ich nochmals auf die Arbeit Leidners über die Behandlung des Basedow mit kühlen Moorbädern hin, welche Beachtung verdient.

Hr. Schmincke (Elster) [Schlußwort]: Hrn. Hesse erwidere ich, schwere Formen von Morbus Basedow gehören in die Hand des Chirurgen; leichte Thyreosen dagegen werden durch kühle Bäder gut beeinflußt. Hrn. Strauß und Hrn. Strasser: Bei jeder anatomisch nachweisbaren Schrumpfniere bestand im Leben erhöhter Blutdruck. Die Schrumpfniere ist eine Krankheit, die ebenso wie die Tabes sich unter Umständen jahrzehntelang hinzieht. Wir kennen zahllose Fälle von ausgedehnter Arteriosklerose, z. B. der Bein- und Armarterien, bei denen normaler Blutdruck besteht. Ferner gibt es ältere blasse Leute mit atrophischer Haut, Arteriosklerose der Aorta und der peripheren Gefäße. Bei diesen muß man den Untergang zahlloser kleinster Gefäße annehmen; trotzdem weisen sie normalen Blutdruck auf. Wir müssen daher für die Praxis daran festhalten, daß bisher Blutdruck über 190 Hg ein Symptom der Nephritis ist und dürfen daher diesen Kranken keine kühlen Bäder verordnen.

Hrn. Groedel erwidere ich, daß die Angabe der Patienten, daß sie nach den Bädern eine stärkere Diurese bemerken, doch zu vage ist, um daraus Schlüsse auf die digitalisähnliche Wirkung der Kohlensäurebäder zu ziehen. Oedeme bei absoluter Insuffizienz des Herzens sind durch Kohlensäurebäder nie beseitigt worden.

Hr. Jacob (Kudowa): Der Vater der Balneotherapie des Herzens ist aus Rücksicht auf sein Alter von 80 Jahren nach Schluß der Debatte zum Wort gelassen worden. Ich ging von der Erfahrung aus, daß die Pulsfrequenz, wenn sie erhöht war, durch die lauen Bäder herabgesetzt wird, welche die Herztätigkeit beruhigen. Die erweiterten Arterien müssen den Blutdruck herabsetzen, was durch CO_2-Bäder bewirkt wird. Die Erfahrung lehrte auch, daß die Abnahme des Blutdrucks, die Erleichterung der Herzarbeit und die Schonung des Herzmuskels die Hauptwirkung des CO_2-Bades bei einer Dauer von 5—10 Minuten ist; bei längerer Dauer wird der Splanchnikus von dem sensiblen Reiz der Haut in Mitwirkung versetzt und das Herz zu erhöhter Arbeit gezwungen. Ich habe in einigen Fällen erreicht, daß das Herz dieser erhöhten Arbeit, d. h. Uebung, ohne Schaden ausgesetzt werden konnte. Natürlich ist die Hauptsache für das Gelingen der Kur eine 1—2 stündige Bettruhe nach dem Bade, um diese Nachwirkung hinlänglich zu ermöglichen. Schwache rate ich andauernd im Bett liegen zu lassen oder im Liegestuhl im Freien. Gleichzeitige Uebung durch Gehen ist zu untersagen. Denn die Muskeln werden durch das Bad auf längere Zeit in erhöhte Spannung versetzt. Ein Bergsteiger sagte mir: Was ist das für ein verfluchtes Bad! Ich kann gar nicht mehr steigen! Doch hat er nach der Kur das Bergsteigen wieder um so besser getan, also die praktische Erfahrung bestätigt.

Hr. **Brugsch** (Berlin): **Wie muß der Erfolg der Bäderkur beurteilt werden?** Ist im Original in Nr. 34 dieser Zeitschrift erschienen.

Aussprache:

Hr. Bickel (Berlin): Die moderne Medizin nähert sich wieder in erfreulicher Weise den Auffassungen, die Ernst v. Leyden nie müde wurde als die wichtigste für jede Krankenbehandlung zu betonen, nämlich den Kranken als kranke Persönlichkeit zu behandeln und nicht die Krankheit nur als solche behandeln zu wollen.

Hr. F. Meyer (Berlin): Zur praktischen Seite der Ausführungen des Vortragenden möchte ich darauf hinweisen, daß man bei Zirkulationsstörungen bzw. Herzerkrankungen die funktionellen Wirkungen der Kur im Badeort sowohl vor Beginn wie nach Beendigung derselben durch das Plethysmogramm beurteilen lassen soll, um ein Maß der Einwirkung auf die Person des Kranken durch den Einfluß des Kuraufenthaltes im ganzen zu gewinnen für spätere Kuren.

Hr. Hirsch (Charlottenburg): Die Worte von Hrn. Prof. Brugsch sollen durchaus beherzigt werden. Die physiologische Einwirkung der Kuren festzustellen, wäre eine lohnende und dankenswerte Aufgabe der Forschunginstitute in den Kurorten.

Hr. Hesse (Kissingen): Ich möchte die Forderung des Vortragenden unterstützen, die dahin geht, die Indikationen der einzelnen Kurorte genauer zu präzisieren und enger zu begrenzen. Die heutige Gepflogenheit der Kurorte, möglichst alle nur denkbaren Krankheitszustände unter ihre Indikationen aufzunehmen, ist zu verwerfen. Sie erschwert den praktischen Aerzten die Auswahl des passenden Ortes und steht der ernsten Einschätzung der Balneologie hindernd im Wege.

Hr. Lachmann (Landeck): Durch die Entfernung des Kranken aus seinem Milieu werden für die Badekur eigenartige und für die Wirkung besonders günstige Bedingungen geschaffen. Sogar die Anwendung physikalisch-diätetischer Heilmethoden ist im Kurort erfolgreicher als bei Belassung des Kranken in seiner Umgebung. Dem Badearzt erwächst unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse die besondere Pflicht, sich nicht auf die balneotherapeutische Behandlung der erkrankten Organe zu beschränken, sondern auf die psychische Individualität der Kranken einzugehen; er gewinnt dafür aber auch die Möglichkeit, einen Heilerfolg zu erzielen, den die rein physikalisch-chemischen Faktoren der Badekur niemals herbeiführen könnten.

Hr. Brugsch (Berlin) [Schlußwort]: Mit der von mir skizzierten Methodik des personalen Erfassens wäre für die Balneologie viel gewonnen. Vor allem würde der Naturheillehre das Wasser abgegraben werden, da gerade die physikalischen Faktoren, die in der Anwendung von Licht, Luft, Wasser beruhten, auf die Allgemeingefühle wirksam sind und so mit einfachen Mitteln echte personale Wirkungen erzielen, die sich die Naturheillehre zum Ruhm anrechnet. Die Ausarbeitung einer Methodik ist aber wohl kaum anders möglich als in Bäderlaboratorien, die zum Teil schon in einigen größeren Badeorten vorhanden sind und leicht ausgebaut werden könnten. Im übrigen sind ja gerade die Balneologen in der beneidenswerten Lage, sich den Winter über ungehindert wissenschaftlicher Tätigkeit widmen zu können; auf diese Weise haben sie die Möglichkeit, der Klinik neue Impulse zu bieten und zur Versöhnung größerer, bis jetzt abseits stehender Teile des Volkes mit der Schulmedizin beitragen zu helfen.

IV. Bücherschau.

Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Aerzte. Von Universitätsprofessor Dr. **Moriz Oppenheim,** Vorstand der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des Wilhelminenspitals in Wien. Zweite verbesserte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1920. 232 S. 27 M.

Vorliegendes Buch ist in erster Linie für Studierende als Repetitorium und Ergänzung der klinischen Vorlesung zu empfehlen. Das Hauptgewicht ist auf die klinische Beschreibung der Krankheitsbilder und die Diagnose gelegt, in zweiter Reihe ist die Therapie berücksichtigt; hinsichtlich der Aetiologie und der pathologischen Anatomie beschränkt sich die Darstellung auf das Allernotwendigste. Die Therapie hätte stellenweise eine etwas ausführlichere und vollständigere Besprechung verdient, dies gilt besonders für den ersten, kleineren, die Hautkrankheiten umfassenden Teil, während die Geschlechtskrankheiten etwas eingehender besprochen werden. Jedoch wäre auch hier z. B. bei der Salvarsantherapie größere Ausführlichkeit geboten; das Silbersalvarsan wird nur ganz kurz, ohne Angaben über die Dosierung, erwähnt. Aus den angeführten Gründen reicht die Darstellung für den ärztlichen Gebrauch nicht überall aus. Die Ausstattung zeichnet sich, was Papier, Druck und Abbildungen anlangt, durch ihre Gediegenheit aus, was unter den gegenwärtigen Verhältnissen besondere Anerkennung verdient. — L.

Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken. Herausgegeben von Prof. Dr. **Rudolf Finkelnburg** in Bonn. Dritte vermehrte Auflage. Bonn 1920. A. Marcus E. Webers Verlag. 745 S. geb. M. 36 (geh. M. 44,40.)

Diese Zusammenstellung der an den Bonner Kliniken geübten Behandlungsmethoden aus der Feder der in den Kliniken tätigen Direktoren, Abteilungsleiter oder Oberärzte ist zwar in erster Linie für die Bonner Medizinstudierenden bestimmt, sie verdient aber auch in weiteren ärztlichen Kreisen Beachtung, da wohl jeder Kollege hier manches finden wird, was er in seiner Ausbildungszeit nicht gelernt hat, manche Lehrmeinung, die von dem ihm früher Gelehrten abweicht. Die Kriegserfahrungen wurden in der neuen Auflage eingehend berücksichtigt. In einem Anhang findet sich ein kurzer Abriß der therapeutischen Technik, eine Therapie der Vergiftungen sowie eine Zusammenstellung der wichtigsten Heilquellen und Heilanstalten. — L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Nach dem Gesetz über die Luxussteuer sind Geheimmittel luxussteuerpflichtig. In einer Bekanntmachung des Reichskommissars der Finanzen vom 14. Juli 1920 sind sämtliche Stoffe und Zubereitungen der gesundheitspolizeilichen Geheimmittelliste und die Mittel der (Bekanntmachung vom 8. November 1916) von der Einfuhr ausgeschlossenen Erzeugnisse durch Aufnahme zahlreicher neuer Mittel zu einer Liste der luxussteuerpflichtigen Geheimmittel vereinigt. Die Steuer beträgt 15 Proz.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Hier starb im Alter von 66 Jahren Geh. San.-Rat Dr. Bensch, der sich um den Ausbau der Versicherungskasse für die Aerzte Deutschlands große Verdienste erworben hat. — Ferner starb in Schlachtensee bei Berlin der Oberstabsarzt a. D. Prof. Dr. Ernst Kuhn, von dem die bekannte Lungensaugmaske zur Behandlung von Lungenkrankheiten angegeben wurde.

Bonn. Das hier neuerrichtete Ordinariat für Kinderheilkunde erhielt Prof. Dr. Salge, bis 1918 Professor in Straßburg.

Frankfurt a. M. Zum planmäßigen wissenschaftlichen Mitglied des hiesigen Instituts für experimentelle Therapie wurde Prof. Dr. Dold, Privatdozent und Assistent am hygienischen Institut der Universität Halle, berufen.

Königsberg. Für Hygiene und Bakteriologie habilitierte sich Dr. W. Hilgers, Leiter des Untersuchungsamts für ansteckende Krankheiten am hygienischen Institut, für gerichtliche und soziale Medizin Dr. Müller-Heß, Assistent am Institut für gerichtliche Medizin.

Leipzig. Prof. Knoop in Freiburg i. B. erhielt einen Ruf auf das durch Prof. Siegfried's Tod erledigte Ordinariat für physiologische Chemie.

München. Der Würzburger Privatdozent Prof. Dr. Polasso erhielt das durch Prof. G. Klein's Ableben erledigte Extraordinariat für Geburtshilfe; die durch Prof. J. A. Amann's Tod freigewordene außerordentliche Professur für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde dem Professor Dr. Franz Weber, Lehrer an der Hebammenlehrschule, übertragen. Der hier neu habilitierte Dr. Veil erhielt für die Dauer seiner Wirksamkeit im bayerischen Hochschuldienst den Titel und Rang eines außerordentlichen Professors.

Erlangen. Prof. Dr. Fleischer in Tübingen wurde zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde an der hiesigen Universität ernannt.

Gießen. Zum ordentlichen Professor der Anatomie (an Stelle des verstorbenen Prof. Strahl) wurde Prof. Dr. Bruno Henneberg, bisher Prosektor am anatomischen Institut, ernannt.

Basel. Prof. Dr. Karl Spiro, früher in Straßburg, erhielt die venia legendi für physiologische Chemie und Pharmakologie.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Für die demnächst in Nauheim stattfindende Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte wurde das Programm der allgemeinen Sitzungen folgendermaßen festgesetzt. 20. September Vorm. Erste allgemeine Sitzung: Der Stickstoff a) Prof. Bosch (Ludwigshafen) Der Stickstoff in Wissenschaft und Technik, b) Prof. Ehrenberg (Göttingen) Der Stickstoffbedarf der Kulturpflanzen und seine Deckung, c) Prof. Rubner (Berlin): Die Bedeutung des Stickstoffeiweiß in der Ernährung der Tiere und des Menschen. 20. Sept. Nachm. Sitzung der medizinischen Hauptgruppe: Volksernährung a) Prof. v. Gruber (München): die Ernährungslage des deutschen Volkes, b) Prof. Paul (München): Neue Wege der Lebensmittelchemie. 21. Sept. Vorm., Sitzung der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe: Die neuesten Forschungen über den Bau der Moleküle und Atome. Vortragende: Prof. Debye (Zürich), Prof. Franck (Berlin), Prof. W. Kossel (München). 21. Sept. Nachm., Zweite allg. Sitzung: Prof. Sudhoff (Leipzig): Andreas Vesalius, der Begründer der modernen Anatomie. Prof. Steuer (Darmstadt): Die Nauheimer Quellen und die Geologie der Wetterau. 22. Sept. Vorm., Dritte allg. Sitzung: Prof. Zumbusch (München): Probleme der Syphilis; Prof. Timerding (Braunschweig): Die Reichsschulkonferenz und der mathematische und naturwissenschaftliche Unterricht an den höheren Schulen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 11. September 1920 | No. 37

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes



ALVITOL
Hervorragendes Spezifikum
bei
Fluor albus
selbst in hartnäckigsten Fällen mit überraschendem Erfolge angewandt.
Alvitol
ist ein bewährtes Antiseptikum, Desinfiziens und Prophylaktikum bei Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.
Von Spezialärzten vielseitig empfohlen.
Proben und Literatur stehen den Herren Aerzten gratis zur Verfügung.
Alleinige Fabrikanten:
Max Hahn, G. m. b. H.,
Chemische Fabrik,
Berlin SW 68.
Alvitol

89. Jahrgang **Berlin, 11. September 1920** **No. 37**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen der Kreislauforgane.

Von Privatdozent Dr. Franz **Groedel**,
Bad Nauheim-Frankfurt a. M.

(Schluß.)

Es würde zu weit führen, wollte ich die Frage ausführlich beantworten, wie und mit welchen physikalischen Mitteln sind die Kriegs-Herz-Beschädigten behandelt worden. Es genügt, daran zu erinnern, daß nicht alles, was diesbezüglich gesagt und geschrieben worden ist, eine kritische Betrachtung verträgt. Ich begnüge mich mit der Aufzählung der für die einzelnen Fälle indizierten und kontraindizierten physikalischen Mittel und Behandlungsprinzipien, wobei vorauszuschicken ist, daß unsere Friedenserfahrungen in allen Punkten gleiche Resultate gezeitigt hatten, daß die Kriegserfahrungen jene nur erweitert und gestützt haben.

Angewandt wurden so ziemlich alle Mittel der Balneologie und der physikalischen Therapie, teils in improvisierter Form, teils in vollkommenster Weise in den bekannten Badeorten.

Ueber die verschiedenen Mittel der physikalischen Therapie und deren Anwendungsweise will ich mich hier nicht näher verbreiten. Nur über die für die Behandlung der Zirkulationsstörungen verwendbaren Bäderarten muß ich einiges sagen. Nicht, daß ich auf die wissenschaftlichen und experimentellen Deutungsversuche der Bäderwirkung näher eingehen wollte. (Neueste Literatur: Straßburger, O. Müller.) Sie sind selbstverständlich äußerst interessant, wichtig und fördernd. Aber die Hauptsache scheint mir in der Balneologie vorerst immer noch die Empirie zu sein und deren richtige Auswertung und Nutzanwendung. Auf sie will ich mich daher an dieser Stelle allein stützen.

Die Reihe der für Zirkulationsstörungen in Anwendung kommenden Bäderformen kann ich folgendermaßen zusammenstellen:

1. indifferent warme Bäder, 2. indifferent warme Bäder mit aromatischen Zusätzen, 3. mild warme Bassin- resp. Bewegungsbäder, 4. mild warme Wannenbäder, 5. mild warme Luftperlbäder, 6. mild warme Sauerstoffbäder, 7. indifferent warme, künstlich erwärmte, natürliche CO_2-Bäder, 8. indifferent naturwarme, natürliche CO_2-Bäder, 9. indifferent naturwarme natürliche CO_2-Bäder mit natürlichem Salzgehalt, 10. kühle, naturwarme CO_2-Bäder mit Salzgehalt, 11. künstliche CO_2-Bäder, 12. strömende natürliche CO_2-Bäder.

Die Reihe ist nicht nach dem Grade der Wirksamkeit aufgebaut; denn die Wirksamkeit eines Bades hängt in erster Linie von der Anpassung ab, von der Kunst, dem einzelnen Falle die der Zirkulationsstörung und dem individuellen Charakter nach geeignetste Bäderform auszuwählen. Vielmehr ist die Reihe aufgebaut nach der „Schwere“ der Bäder, d. h. nach dem Grad der durchschnittlich durch sie erzeugten Ermüdung. Aber auch diese, die durch das Bad verursachte Ermüdung ist individuell recht verschieden, verschieden auch bei den einzelnen Zirkulationsstörungen.

Zu ergänzen ist die Reihe noch durch die allgemeinen Zusätze, daß jedes Bad als Vollbad angreifender ist denn als Halbbad und daß (aber individuell wechselnd) schon sehr bald oberhalb der indifferenten Temperatur, etwas weniger schnell unterhalb der indifferenten Temperatur Bäder auf Herzkranke ermüdend wirken; endlich daß Bäder von längerer Dauer als 8—10 Minuten oft erschlaffend wirken.

Wie sehr die Temperatur der Bäder für den Badeeffekt ausschlaggebend ist, das ist heute ja auch wissenschaftlich experimentell erwiesen. Wie wichtig aber immer wieder die Empirie einerseits, das Individualisieren andererseits ist, zeigen folgende Tatsachen, die ich als Beispiele herausgreifen möchte.

Patienten mit einem Mitralfehler, besonders mit Mitralstenose, fühlen sich meist in kühleren Bädern wohler, solche mit Aortenfehlern meist in etwas wärmeren Bädern. Sympathicotoniker verlangen meist, wie auch ganz besonders auffallend die Kropfpatienten und diejenigen mit Innersekretionsstörungen, nach kühleren, die Vagotoniker nach indifferenten, eventuell etwas wärmeren Bädern. Dazu kommt noch die individuelle Neigung, die sich darin äußert, daß der eine Mensch bis 35° C im Bad friert, dem anderen 28° C zu heiß ist.

Nun ist das A und O der Balneotherapie nicht etwa — wie so viele Fernerstehende glauben — nur die Verordnung einer bestimmten Anzahl Bäder bestimmter Art, sondern die Verordnung dieser Bäder in einer Form, die in der ersten Zeit der Badekur nur Entlastung, Beruhigung, Reizmilderung schafft, späterhin aber zugleich übend wirkt, sei es auf das Herz selbst, die Herznerven oder die Gefäßnerven. So kommen wir immer wieder auf die These zurück, die Groedel I zuerst aufgestellt hat, daß Herzheilbäder schonend und übend zugleich wirken sollen. Es ist aber klar, daß dies durch ein von Anfang bis zu Ende einer Kur gleichmäßig verordnetes Bad viel weniger leicht zu erreichen ist, als durch abgestufte Verordnung verschiedener wirksamer Bäderformen, durch die Methode des „Einschleichens“.

Sonach ist es ein müßiger Streit, ob die oder jene Bäderform Vorzüge besitzt. Kann man aus technischen Gründen

die Bäderformen nicht variieren, ihren Wirkungsgrad fein abstufen, so verzichte man ganz auf die Anwendung oder gebe nur die mildesten, wie es überhaupt ratsam ist, möglichst mit leichteren Bäderformen sein Auskommen zu suchen.

Ob wir sonach diesen oder jenen Badeort wählen wollen, ist nebensächlich. Nach Möglichkeit wird man die Patienten an einen Ort senden, wo spezialistische Behandlung auf Grund spezialistischer Erfahrung geübt, wo auch die psychische Behandlung richtig gehandhabt wird, auf die es, wie wir sahen, bei den Zirkulationsstörungen sehr wesentlich ankommt.

Hiermit ist eigentlich das prinzipiell Wichtigste über die balneologische Behandlung gesagt. Es sei noch eine kurze Zusammenstellung der speziellen Behandlungsmethoden für die verschiedenen obengenannten Gruppen von Kriegs-Zirkulationsschäden angefügt.

Fangen wir zunächst mit den Klappenfehlern (im Kriege erworben, oder durch den Krieg mehr oder weniger dekompensiert) an, so gelten selbstverständlich durchaus die Friedensregeln. Bestehen Symptome hochgradiger Dekompensation, so gehören die Patienten ins Bett, bedürfen leichtester Nahrung und individuell abgestufter Digitalistherapie. Die physikalischen Heilmittel können erst zur Anwendung gelangen, wenn die Insuffizienzerscheinungen abgeklungen sind, wenn mindestens höhere Grade von Bewegungsinsuffizienz beseitigt sind.

Entsprechend unserer oben aufgestellten Reihe beginnt man mit einem indifferent warmen Süßwasserbad (mit Halbbädern angefangen!) und geht mit entsprechenden Intervallen bis zu den Sauerstoffbädern vor. Als Ersatz für die meist weniger bekömmliche aktive Bewegung, für den Ausfall des Gehens usw., kann man frühzeitig vorsichtigst ausgeführte passive Bewegungen verordnen, eventuell auch abwechselnd mit vorsichtiger Streichmassage.

Ist der Patient soweit gebessert, daß er auf fremde Hilfe nicht mehr angewiesen ist, so kann man ihn in einen Badeort senden, wo selbstverständlich wieder mit den leichtesten Bädern angefangen werden muß, die schwereren Formen überhaupt nur angewandt werden dürfen, wenn durch langsame Steigerung ihre Bekömmlichkeit festgestellt ist. Auch die Badekur im Badeort kann mit gymnastischen Uebungen — erst passiven, dann aktiven — oder aber mit sogenannter schwedischer Widerstandsgymnastik, sei sie manuell oder maschinell ausgeführt, kombiniert werden. Je nach Lage des Falles kommt auch Massage, eventuell Vibration in Betracht. Sehr wirksam ist Atemgymnastik in langsamer Steigerung angewandt. Passive und späterhin aktive Atemgymnastik, von einem geübten Masseur ausgeführt und anfänglich ärztlich überwacht, dann Uebungen mit Zander'schen oder Herz'schen Apparaten, eventuell Unterdruckatmung mit dem Bruns'schen oder einem ähnlichen Apparat, bei Stauungskatarrhen oder gleichzeitiger Erkrankung der Atemwege auch medikamentöse Inhalation, unterstützen die Kur oft wesentlich. Terrainkuren sollten während der eigentlichen Badekur unterbleiben; sie schließen sich, wenn überhaupt angezeigt, zweckmäßiger Weise nach etwa 8tägiger Pause der Badekur an.

Bestehen Verdauungsbeschwerden, so kann bei leichteren Fällen, oder überhaupt, wenn die Kur schon weiter vorgeschritten ist und gut vertragen wird, eine Trinkkur gleichzeitig eingeleitet werden. Jedenfalls aber ist es notwendig, Verdauungsbeschwerden, speziell Verstopfung und abnorm starke Gasbildung zu beseitigen, wobei das Merck-sche Magnesiumperhydrol sehr gute Dienste leistet. Zur Abwechslung mag auch Pancreon, eventl. das eine oder andere Abführmittel Nutzen bringen. Besteht Lebervergrößerung, so sind, abgesehen von geeigneter medikamentöser Behandlung, 1—3 mal täglich warme bis heiße Bauchwickel oft sehr wirksam, am besten vor dem Essen, nach dem Bad und vor dem Schlafen zu verordnen.

Liegen gleichzeitig rheumatische Beschwerden vor, so wird man versuchen, den Bädern möglichst hohen Salzgehalt zu geben. Bei Lokalisation in einzelnen Gelenken können heiße Güsse auf dieselben jedesmal gegen Ende des Bades appliziert werden, wobei wieder durch allmähliche Steigerung der Temperatur, 42—45° C, schonend vorzugehen ist.

Vorsichtig abgestufte Steigerung der Reizgröße aller verordneten Applikationen, individuelle Anpassung der Verordnungen unter dauernder Kontrolle ist unbedingt notwendig und wird in jedem Falle zu Erfolgen führen. Nebenher ist aber stets psychische Beeinflussung des Herzkranken von größter Wichtigkeit.

Solange die Kompensation noch keine vollkommene ist, empfiehlt sich in fast jedem Falle die Verordnung von Digitalis, eventl. kombiniert mit Koffeïn, Chinin usw. Nach erreichter Kompensation ist es oft ratsam, in kleiner Dosis Digitalispräparate (oder ähnlich wirkende) zu verordnen, in Form einer kontinuierlichen oder intermittierenden chronischen Digitaliskur, so wie von Groedel, Kußmaul, Naunyn vor Jahren angegeben.

Wenn wir uns nunmehr zur Myokarditis oder besser gesagt zu den Fällen mit Erscheinungen von Myodegeneratio wenden, so wäre im Großen und Ganzen das eben Gesagte zu wiederholen. Auch hier ist besonders davor zu warnen, bei hochgradigen Insuffizienzerscheinungen angreifende hydrotherapeutische Prozeduren zu verordnen. Die schwere Herzinsuffizienz gehört ins Bett und ist ausschließlich entlastend, nicht übend zu behandeln. Auch bei den Myokarderkrankungen spielt das Individualisieren eine große Rolle, um so mehr, als hier ja häufig die das Leiden mit verschuldenden Ursachen noch weiterwirken (Adipositas, Nephritis, Arteriosklerose, Abusus verschiedener Art) und hier muß daher ganz besonders auf Mitbehandlung anderweitiger Erkrankungen und Symptome Wert gelegt werden.

Hiermit kommen wir auf einen Punkt zu sprechen, der gerade bei schlecht kompensiertem oder latent insuffizientem Herzen resp. bei bestehender Neigung zur Kreislaufinsuffizienz besonders wichtig ist, auf die Regelung der Lebensweise überhaupt, und besonders während der Kur, ein Punkt, auf den gerade bei den Feldzugsteilnehmern größte Sorgfalt zu verwenden ist und war. Denn eine Kur ohne geistige und körperliche Ruhe, ohne richtige Verteilung von Ruhe und Bewegung, ohne regelmäßige Tageseinteilung, kann nicht günstig wirken. Und ebensowenig ist es möglich, die Schäden, die der Alkohol- und Nikotinmißbrauch oder dergleichen verursacht hat, zu beseitigen, wenn das schädigende Moment weiter fortwirkt.

Auch bei Myokarderkrankungen ist häufig medikamentöse Behandlung neben der balneotherapeutischen ratsam. Hier kommen neben den Digitalispräparaten besonders die Theobrominpräparate in Betracht, eventuell auch in der von uns seit Jahren geübten Form der kontinuierlichen resp. intermittierenden Diuretinkur.

Es erübrigt sich, die Behandlung der verschiedenen weiteren organischen Erkrankungen des Zirkulationsapparates hier zu besprechen. Für die meisten wäre das bisher Gesagte auszuführen. Nur zwei Gruppen sind noch besonders zu nennen.

Bei Perikardialverklebungen und Herzverlagerungen durch überstandene Perikarditis oder Pleuritis oder nach Schußverletzungen sind vorsichtige und lange durchgeführte Atemübungen ein besonders wichtiges Mittel.

Kreislaufstörungen infolge von Nierenerkrankungen können, mit Ausnahme sehr vorgeschrittener und parenchymatöser Nephritis, ebenfalls balneotherapeutisch behandelt werden. Bei chronischen Nierenerkrankungen mit erhöhtem Druck gebe man nach Vorschrift von Groedel I stets thermisch indifferente und nur Halbbäder. Bei akuten Nierenentzündungen, wie z. B. bei der Kriegsnephritis, ist wohl neben der Diät die absolute Körperruhe das wichtigste Heilmittel. Während des akuten Zustandes sollte man daher alles vermeiden, was diese Ruhe stören könnte. Bäder sind hauptsächlich in der Rekonvaleszenz indiziert.

Hier sind einige Worte einzufügen über die Balneotherapie der Arteriosklerose, die ja bei älteren Kriegsteilnehmern oft in einer Behandlung erfordernden Weise verschlimmert worden und bei jüngeren Individuen, wenn auch selten, als beginnende Sklerose in die Erscheinung getreten ist. Meist wird es sich darum handeln, myokarditische Folgeerscheinungen zu behandeln, was selbst bei erhöhtem Blutdruck balneotherapeutisch möglich ist, wenn man die Technik beherrscht. In der Hauptsache ist auch hier, bei Vermeidung niedriger Temperaturen, stets Uebung und Schonung in geeigneter Form zu kombinieren.

Wir kommen hiernach zu der wichtigsten Gruppe, zu den eigentlichen Kriegsherzen. Auch bei Erörterung der balneotherapeutischen Beeinflussung des Kriegsherzens müssen wir, wie oben geschehen, und wie schon 1915 von mir vorgeschlagen, unterscheiden zwischen dem organischen resp. Ermüdungs- oder Anstrengungs-Kriegsherzen und dem nervösen Kriegsherzen, zwischen der Kriegs-Herzmyasthenie und der Kriegs-Herzneurose. Und bei der letzteren müssen wir wieder zwei Untergruppen abtrennen, die vagotonische Form und die sympathikotonische Form, und zu letzterer im therapeutischen Sinne auch die innersekretorische oder dyshormonische hinzuzählen.

Einfügen möchte ich hier, daß die verschiedenen Mitteilungen der Literatur (z. B. Hamburger und Labor) erkennen lassen, daß die nach Kriegsseuchen zurückbleibenden Störungen am Zirkulations-Apparat, die in der Hauptsache das Bild der sympathikotonischen oder dishormonischen Form der Kriegs-Herzneurose, teilweise auch das der Kriegs-Herzmyasthenie bieten, nach den gleichen Grundsätzen zu behandeln waren, wie diese beiden Formen des Kriegsherzens überhaupt, nämlich nach Grundsätzen, wie ich sie in meinen Publikationen 1915 aufgestellt habe.

Bei der Balneotherapie des Kriegsherzens war, wie das oben bereits ganz allgemein ausgeführt worden ist, individualisierendes und die ursächlichen Faktoren berücksichtigendes Vorgehen ganz besonders notwendig.

In den meisten Fällen bedurften die Patienten zunächst einer ein- oder mehrwöchentlichen Ruhe — Luft-Mastkur, unterstützt eventuell durch aromatische Bäder und milde Massage. Hieran konnten sich — womöglich — mildwarme Bassin- resp. Bewegungsbäder anschließen, eventl. auch Sauerstoffbäder, nebenher vorsichtige Gymnastik und etwas reichlichere Bewegung. Als letzte Etappe kamen dann Kuren mit CO_2 haltigen Bädern in Betracht.

Wurden diese in technisch unvollkommener Weise verabfolgt, so besserte sich der Zustand nicht. Wo sie aber in der von uns oben geschilderten Weise abgestuft verordnet wurden, da brachten sie Erfolg.

Ich muß nun hier einen Moment verweilen, denn von vielen Seiten ist vor der Verwendung der CO_2 haltigen Bäder gerade bei Kriegs-Herzneurosen gewarnt worden — offenbar auf Grund unsachgemäßer Verwendung dieses wertvollen Mittels.

Ich darf nochmals wiederholen, daß mit technisch unvollkommenen Einrichtungen mehr geschadet als genützt wird. So fand ich im Seuchenlazarett in Spaa Einrichtungen vor, die meinen Ansprüchen nicht genügten. Die CO_2 haltigen Quellen Spaas sind kalt. Das Wasser wird in der Wanne durch in dem Boden der Wanne liegende Heizschlangen erwärmt. Die Folgen sind, wie ich mich überzeugen konnte, enorme Temperaturschwankungen während des Bades, Unmöglichkeit, eine bestimmte Badetemperatur einzustellen, Lockerung der CO_2, grobblasiges Ansetzen des Gases am Körper. Und der Effekt ist dementsprechend äußerst schwankend. Im Selbstversuch fand ich bald enorme Hautrötung, bald gar keinen Hauteffekt, einmal starke Ermüdung, einmal Erfrischung usw. Ich habe deshalb auch lieber auf die Verwendung der CO_2 haltigen Bäder Spaas verzichtet und mildwarme Bassinbäder eingerichtet, in denen täglich bis zu 1000 Typhusrekonvaleszenten baden konnten.

Stehen uns aber modernen Ansprüchen genügende, weitgehendst abstufbare CO_2 haltige Bäder zur Verfügung, so sind etwa folgende Richtlinien einzuhalten:

Das Ermüdungs- resp. myasthenische Kriegsherz wird bei vorsichtiger Steigerung fast alle Grade der CO_2-Bäder gut vertragen. Da aber keine dringende Indikation für die Verwendung der schweren Formen vorliegt, verweile man länger bei den mildesten Formen, steigere den Gasgehalt nicht rasch und nicht in hohem Maße, verordne nur geringen Salzgehalt, nehme als Badedauer 8—10 Minuten und gehe nur langsam mit der Temperatur herunter. Solange die Symptome der Ermüdung vorherrschen, wird die Zirkulation zweckmäßig passiv, am besten durch Massage mild angeregt, späterhin ist aber Gymnastik, auch aktive und solche mit Widerstand erlaubt.

Die vagotonische Form der Kriegsneurose reagiert am besten auf indifferent warme, nur individuell nach oben oder unten wenig abgestufte, salzarme, gasarme, ruhige Bäder, von 10 Minuten nicht übersteigender Dauer. Man fange stets mit Halbbädern an und gehe nur langsam und wenn subjektiv angenehm empfunden, zu Vollbädern über. Bewegungstherapie wie oben.

Die sympathikotonischen und dyshormonischen Formen vertragen von Anfang an (wenigstens meist) etwas kühlere Temperaturen, oft erstaunlich tiefe Grade. Jedenfalls versuche man stets langsam die Bäderwärme zu reduzieren. Der Gasgehalt kann ebenfalls etwas mehr gesteigert werden. Dagegen ist, soweit keine besondere Indikation vorliegt, der Salzgehalt niedrig zu halten, die Badedauer nicht über 10 Minuten auszudehnen. Bewegungstherapie ist in mäßigen Grenzen zulässig.

Der Herzneurastheniker ist im allgemeinen mehr wie der vagotonische Typ zu behandeln. Die vasomotorischen Störungen reagieren im allgemeinen besser auf die Behandlungsmethode, die für die Sympathikotoniker vorgeschlagen ist. Elektrische Bäder, oszillierende Ströme, kurz jede elektrische Behandlung kann unterstützend wirken.

Eine recht große Unterstützung findet die Balneotherapie des Kriegsherzens in vielen Fällen durch gewisse Medikamente. Digitalis ist fast nie notwendig, in sehr wenigen Fällen, wenn vorsichtig angewandt, vielleicht nützlich, oft direkt kontraindiziert. Eher mögen Strophantus- oder Convallariapräparate gelegentlich wirksam sein. Besonders bei Sympathikotonikern hat Arsen in Form von Arsenwässern oder als subkutane Injektion, eventl. mit Strychnin sehr gute Erfolge gezeitigt. Den größten Nutzen sah ich aber bei jeder Form von Herzasthenie und Herzneurose von innerlichem längerem Kampfergebrauch, bei schweren Fällen von täglichen Kampferinjektionen. Für innerlichen Gebrauch hat sich die von mir vor einigen Jahren empfohlene Kombination von 0,1—0,2 Kampfer mit 0,05 (bei Extrasystolie 0,1) Chinin und 0,05—0,1 Zincum valer. oder auch Radix valer. 5, 3 mal täglich, auch weiterhin bewährt und ist auch von seiten des Magens fast stets gut vertragen worden. In den seltenen Fällen, wo dies nicht der Fall war, oder auch zur Abwechslung, gab ich 3 mal täglich 0,1—0,3 Campher-choleinsäure (Tabletten von Böhringer Söhne, Nieder-Ingelheim) mit bestem Erfolg.

Ich bin hiermit am Schlusse meiner Ausführungen angelangt. Ich konnte dem Thema entsprechend nur zeigen, inwieweit die Balneologie der Kreislauforgane in den Dienst der Kriegsbeschädigten gestellt worden ist und gestellt werden kann, nach welchen Prinzipien im allgemeinen zu behandeln ist, welche Richtlinien zu beachten sind. Ueber den Wert und die Erfolge der Balneotherapie bei der Behandlung der Kriegs- wie der Friedenserkrankungen des Zirkulationsapparates, brauchen wir heute wohl keine Worte mehr zu verlieren. Ungünstige Berichte zeigen nur, daß in dem betreffenden Fall die Methodik versagt hat. Aber meine Ausführungen werden auch gezeigt haben, daß wir die physikalischen Heilmittel sehr oft mit medikamentösen Mitteln kombinieren und immer nach psychotherapeutischen Grundsätzen die Behandlung leiten, daß wir weit davon entfernt sind, in kurzsichtiger Einseitigkeit, die bei richtiger Anwendung so wertvollen Mittel der physikalischen Therapie zu überwerten.

II. Referate.

Innere Medizin.

Prof. **J. Plesch** (Berlin): **Zur Grippeprophylaxe.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 19.)

Jodkali in großen Dosen wurde in früheren Epidemien als ein Mittel gegen Influenza angewendet. In einem Chemischen Laboratorium, in welchem viel mit Joddämpfen gearbeitet wurde, blieben trotz der enormen Grippemorbidität im Jahre 1918 alle Laboranten frei von der Grippe. Auf diese Tatsachen gestützt wendet P. seit 1½ Jahren das Jod prophylaktisch gegen die Grippe an. Er läßt auf einen Teller einige Tropfen Jodtinktur gießen und in dünner Schicht verteilen. Der Alkohol verflüchtigt sich, das metallische Jod bleibt zurück. 2—3 mal täglich werden die sich entwickelnden Joddämpfe aus nächster Nähe inhaliert. In Krankenzimmern stellt man einen solchen Jodteller auf; das verdunstende Jod wirkt dann als Raumdesinfiziens. Auch in Büros, Arbeitsstätten usw. kann man mehrere Teller aufstellen, und die Angestellten veranlassen, vor dem Betreten und nach dem Verlassen der Arbeitsräume das Jod zu inhalieren. Verfasser hat den Eindruck gewonnen, daß das Jod tatsächlich geeignet ist, eine Infektion zu verhüten. L.

Privatdozent Dr. **W. Weiland** (Harburg): **Ueber konservative Behandlung von Pleuraempyemen.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 17.)

Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Verfasser, bei Pleuraempyemen verschiedener bakterieller Provenienz an Stelle der ausnahmslosen chirurgischen Behandlung die Entleerung mit Punktion, Pneumothorax und Vuzinspülung unter bald einsetzender physikalischer Nachbehandlung mit Atemübungen und Höhensonnebestrahlung anzuwenden. Für tuberkulöse Empyeme ist bei sonst gleichem Vorgehen die Jodoformglyzerininjektion anzuwenden. Bei geeigneter Auswahl der Fälle weist das Verfahren gewisse Vorzüge gegenüber dem blutigen, sofort vorgenommenen Eingriff auf, besonders inbezug auf den funktionellen Effekt. Dauernde klinische und röntgenologische Kontrolle ist erforderlich, um bei eventuellem Versagen des Verfahrens den rechten Zeitpunkt der Spätresektion nicht zu versäumen. Das Verfahren ist einfacher und schonender, die Nachbehandlung leichter als bei der blutigen Behandlungsmethode. L.

Prof. Dr. **Hilgermann**, Dr. **Lauxen**, **Charlotte Shaw**: **Bakteriologische und klinische Untersuchungsergebnisse bei Encephalitis lethargica. Protozoen als Krankheitserreger.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 16.)

Im Knappschaftskrankenhaus Sulzbach (Kreis Saarbrücken) kamen im Winter 1919/20 16 Fälle von Encephalitis lethargica zur Beobachtung, von denen 6 tötlich endigten. Die klinischen Erscheinungen waren die bekannten von anderen Autoren beschriebenen. Ein Zusammenhang mit der Grippe ließ sich nicht nachweisen, ebenso wenig Verbreitung der Krankheit durch Kontaktinfektion. Bakterien als Krankheitserreger wurden nicht gefunden, dagegen gewisse Gebilde, welche die Verfasser als Protozoen deuten. Diese fanden sich in den Leberzellen, den Zellen der Ventrikelflüssigkeit und des peripherischen Blutes, ferner in der Milz und im Knochenmark. Ihrer Form nach erinnerten sie an Piroplasmen. In therapeutischer Hinsicht bewährte sich Chinin, und zwar nach dem Nocht'schen Schema bei Malaria verabreicht, daneben bei frischen Fällen an den chininfreien Tagen Argochrom 0,1 zweimal täglich, bei älteren Fällen an den chininfreien Tagen Neosalvarsan, zuerst 0,15, dann 0,3, dann 0,45 (5—6 Spritzen zusammen). L.

Prof. **Curschmann** (Rostock): **Ueber die endokrinen Grundlagen des Bronchialasthmas.** (Deutsch. Archiv für klin. Mediz., Band 132, Heft 5/6).

Verf. betont, daß als Ursache des Bronchialasthmas eine funktionelle Störung des viszeralen Nervensystems allgemein als feststehend angesehen wird, wie sie schon Biermer und Heinr. Curschmann angenommen haben. Trotzdem ist auffallender Weise die Rolle der endokrinen Drüsen bei der Entstehung und Behandlung des Bronchialasthmas nicht genügend beachtet worden. Rokitansky brachte schon 1861 die Thymus in Zusammenhang mit Asthma. Auch die Beziehungen der Nebenschilddrüse zum Asthma sind bekannt. Die Hypofunktion der Nebenniere scheint mit Asthma in keinem Zusammenhang zu stehen. Die weiblichen Keimdrüsen haben insofern zu dem Asthma Beziehungen, als diese Krankheit im Klimakterium nicht zu selten als Folge davon vorkommt. Von einer Beziehung der männlichen Keimdrüsen zum Asthma ist nichts bekannt. Therapeutisch bedeutsam war bereits vor Jahren die Erkennung der parathyreogenen Entstehung mancher Asthmaanfälle, der Bronchotetanie, weil sie zu der Heilung vieler Fälle von Asthma durch das Tetaniespezifikum, das Kalzium, führten, das in großen Dosen, nicht unter 4 g pro die in Wochen und Monaten fortgereicht werden muß; weiterhin könnte bei diesen Fällen Röntgenbehandlung und Operation der Struma in Frage kommen wie beim klimakterischen Asthma die Darreichung von Ovarialpräparaten. Hh.

Dr. **Emmo Schlesinger** (Berlin): **Chronische Gastroparese als Ursache schwerster motorischer Insuffizienz bei freiem Pylorus.** (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Band 32, Heft 1.)

An einer Reihe von Fällen konnte Verfasser durch Operation das bisher noch nicht beschriebene Krankheitsbild der chronischen totalen Gastroparese eingehend studieren. Die Krankheit entwickelt sich namentlich aus dem tiefer greifenden Geschwür der kleinen Kurvatur und besteht in einer lähmungsartigen, weit über das Maß einer Atonie hinausgehenden Erschlaffung der Magenwand, so daß der Pylorus weit klaffend offen steht und für den Durchgang nach vorwärts und rückwärts völlig insuffizient wird. Die spastischen Zeichen, die sonst das Ulcus begleiten, fehlen; die peristaltische Funktion kann in schweren Fällen auf ein Minimum reduziert sein. Die Parese der Muskulatur und die Insuffizienz des Pylorus haben eine erhebliche Stagnation des Mageninhalts zur Folge, die in einem Falle über 6 Tage anhielt. Die Diagnose ist nur durch sorgfältige Röntgenaufnahmen nach mehreren Richtungen hin zu stellen und ist praktisch insofern von größter Wichtigkeit, als sich aus der richtigen Diagnose die Therapie von selbst ergibt. rs.

Dr. **R. Uhlmann** (Fürth): **Ueber fettarme Tage zur Bekämpfung der Acidosis.** (Therapie der Gegenwart, April 1920.)

Um die Acidosis bei schweren Diabetikern herabzudrücken, empfiehlt Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen in der inneren Abteilung des jüdischen Krankenhauses in Berlin die Einschaltung von fettarmen Tagen, wobei zur Erzielung einer ausreichenden Kalorienzufuhr größere Mengen alkoholischer Getränke (500 g Rotwein, 100 g Kognak pro die) gegeben werden, außerdem als Eiweißsparer 50 g Gelatine. Besonders ratsam ist eine derartige Kost bei beginnendem Koma. An Stelle der Milch gibt man 50—100 g Mandelmilch, außerdem Gemüse 600 g, Mehl 50 g, 5 Eier, 100 g Weichkäse. L.

Dr. **Georg Reimer** (Heidelberg): **Beiträge zur Behandlung von Diabetikern mit Karamel.** (Deutsch. Archiv für klin. Medizin, Bd. 132, H. 3—4.)

Wenn man Zucker über seinen Schmelzpunkt (bei wasserfreiem Traubenzucker 145 Grad, bei Rohrzucker 175 Grad) erhitzt, bis der süße Geschmack und die Vergärbarkeit fast ganz verschwunden sind, dann entsteht Karamel, das bei Zuckerkranken nicht mehr oder nur ganz wenig glykosurisch wirkt. Häufig beeinflußt dieses Präparat, namentlich in Dosen über 150 g, die Azidosis in günstigem Sinne. Es wird am besten an strengen Gemüsetagen und als Zusatz zur Gemüse-Fettkost in der Form der Karamose (Merck) gegeben und zwar in Kaffee und Kognak in Einzeldosen über den ganzen Tag verteilt. Da Karamel einen hohen Kalorienwert besitzt und entzuckernd wirkt, verdient das Mittel großes therapeutisches Interesse. Gleichzeitig mit Karamel muß die Darreichung größerer Zulagen von anderen Kohlehydraten, namentlich Kartoffeln, und von Eiweiß vermieden werden. Hh.

Nervenheilkunde.

Prof. Dr. **Gustav Spieß** (Frankfurt a. M.): **Heilung eines Falles von Meningitis nach endonasaler Operation eines Hypophysentumors durch Trypaflavininfusionen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 8.)

Bei einer 26 jährigen Patientin wurde eine Zyste der Hypophyse endonasal eröffnet und abgetragen. Die Operation verlief gut, ebenso die ersten 4 Tage nach dem Eingriff. Erst am Abend des fünften Tages traten unter hohem Fieber meningitische Symptome auf. Das Operationsgebiet wurde wieder freigelegt, wobei sich zeigte, daß aus dem Zystenraum sich dauernd eine glasig seröse Flüssigkeit entleerte. Die Wundhöhle wurde nun mit Trypaflavinlösung ausgespült, die Zystenhöhle mit Trypaflavin angefüllt und durch das Septum mit Trypaflavingaze dräniert (bis 2 mal täglich). Außerdem wurde Trypaflavin intravenös eingespritzt, zunächst 2 mal täglich 30 ccm einer ½ proz. Lösung, später 40 ccm; im ganzen in 10 Tagen 620 ccm der Lösung und außerdem 10 ccm Argoflavin. Unter dieser Behandlung trat nach einigen Tagen Besserung ein; die vollständige Entfieberung erfolgte am 24. Krankheitstage. — Nach Verfasser ist der Erfolg der Behandlung allein der intravenösen Trypaflavinanwendung zuzuschreiben. Denn Trypaflavin hemmt schon in einer Verdünnung 1:100 000 das Wachstum der Streptokokken.

Oberarzt Dr. **F. Sioli** (Bonn): **Ueber die Behandlung der progressiven Paralyse mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 8.)

In der Bonner Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt wurden vom Verfasser 20 sichere Fälle von Paralyse mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat behandelt. Es kamen hohe Gesamtdosen zur Verwendung, nämlich bis zu 18 g Sulfoxylat und 10 g Silbersalvarsan, bei hohen Einzeldosen, bis 0,8 g Sulfoxylat und 0,6 g Silbersalvarsan. Trotzdem wurden keine dauernden schädlichen Nebenwirkungen gesehen. Was das therapeutische Ergebnis anlangt, so blieben 9 Fälle klinisch unbeeinflußt, darunter ein frischer, galoppierend verlaufender Fall, der tötlich endigte. 5 Fälle wurden bemerkenswert, 6 sehr gut gebessert. Die Besserung betraf die psychischen Symptome, körperliche Symptome wurden im allgemeinen nicht beeinflußt. Nur in einem Fall kehrte die vorher erloschene Lichtreaktion beider Pupillen wieder. Als Behandlungsschema bei Paralyse empfiehlt Verfasser: Beginn mit Silbersalvarsan, wöchentlich 2 Einspritzungen, 3—4 mal 0,1, dann 0,3 g, bis die Gesamtdosis 7 g Silbersalvarsan erreicht ist, darauf langsame Fortsetzung der Behandlung mit Sulfoxylat 0,3—0,4 g alle 8—10 Tage.

Chirurgie.

Prof. **M. v. Brunn** (Bochum): **Ueber die Vermeidung der Narkose bei Bauchoperationen.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 19.)

Um bei Bauchoperationen geschwächter Kranken die Gefahren der Narkose zu ersparen, hat man verschiedene Methoden der örtlichen Betäubung, resp. der Leitungsanästhesie versucht, ohne durchweg befriedigende Ergebnisse zu erzielen. Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen die besonders von Kappis ausgebaute Paravertebralanästhesie, bei welcher man auf beiden Seiten der Wirbelsäule sämtliche für die Sensibilität der Bauchwand und der Bauchorgane in Frage kommenden Nerven aufsucht und umspritzt; es sind dies für die Bauchwand die Interkostalnerven, für die Bauchorgane die zugehörigen Rami communicantes vom 5.—6. Dorsalsegment bis zum 3. Lumbalsegment. Man sucht sich zunächt den Dornfortsatz des 5. Brustwirbels auf und machte mit 0,5 proz. Novokainlösung 4 cm seitlich davon eine Hautquaddel. Darauf sucht man sich den 6. Brustwirbeldornfortsatz auf und verfährt in derselben Weise und so fort auf beiden Seiten bis zum 3. Lendenwirbel, wobei man an den Lendenwirbeln 4,5 cm seitlich die Quaddeln anlegt. An jeder dieser 22 Quaddeln sucht man sich nun mit der Punktionsnadel den unteren Rand der betreffenden Rippe bzw. den unteren Rand des Processus transversus des betreffenden Lendenwirbels auf und spritzt hier zur Unterbrechung der Interkostalnerven 3—4 ccm einer 1 proz. Novokainlösung ein, an den Rippen möglichst in der Nähe der Rippengelenke. Die Rami communicantes findet man, wenn man vom unteren Rippenrand aus auf 1 ccm, vom unteren Rand der Lendenwirbelquerfortsätze 1,5 cm weit medialwärts in die Tiefe dringt. Hier spritzt man abermals 3—4 ccm einer 1 proz. Novokainlösung ein. Man erreicht so eine vollkommene Unempfindlichkeit und Entspannung der ganzen Bauchwand sowie eine vollständige Unempfindlichkeit für alle Manipulationen in der Bauchhöhle mit Ausnahme der Beckenorgane. Verfasser hat die Paravertebralanästhesie mit Erfolg und ohne üble Zufälle bei etwa 100 Bauchoperationen angewendet. 1 und ½ Stunde vor der Operation gibt er 0,01 g Morphium. — Die Paravertebralanästhesie ist in allen Fällen angezeigt, wo man eine langdauernde Narkose vermeiden will; bei Appendizitisoperationen, die meist kurze Zeit dauern, zieht Verfasser z. B. die Narkose vor. L.

Dr. **Görres** (Heidelberg): **Ueber unsere Erfolge mit der Albee'schen Operation in 60 Fällen von Wirbelsäulentuberkulose.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 31.)

In der Vulpius'schen Klinik wurde in der Behandlung der Wirbelsäulentuberkulose das Albee'sche Verfahren 60 mal

zur Anwendung gebracht. Es besteht darin, daß man in die gespaltenen Dornfortsätze des erkrankten Wirbelsäulenabschnittes einen Knochenspan aus dem Schienbein einpflanzt. Der Span muß recht kräftig sein und in das Dornenbett fest eingepflanzt werden, da der Wert der Operation zunächst in der Bildung einer festen und dauerhaften Stütze liegt. In der Nachbehandlung kommen die Patienten in ein Gipsbett, woran sich eine Liegezeit von ungefähr 3 Monaten anschließt. Zu gleicher Zeit und im Anschluß daran werden die Sonnen- und Solbadekuren von Rappenau vorgenommen. Abszesse und Fisteln werden nach Calot behandelt. Die Erfolge in der Vulpius'schen Klinik waren so ausgezeichnet, daß dem Verf. die Operation in fast allen Fällen angezeigt erscheint, zumal sie rasch und fast ausnahmslos gute Frühresultate liefert. Die Knochenspaneinpflanzung als solche bedeutet einen technisch unkomplizierten und ungefährlichen Eingriff, der große Vorteile bietet, ohne irgendwelche Störungen zu hinterlassen. Hh.

Ohren, Nase, Hals.

Dr. **R. N. Blegvad** (Kopenhagen): **Behandlung der Larynxtuberkulose mit universellen Kohlenbogenlichtbädern.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 23.)

Verf. wendet seit 2½ Jahren in dem Tuberkulosehospital zu Kopenhagen bei Larynxtuberkulose die universellen Kohlenbogenlichtbäder an, und zwar so, daß der völlig entkleidete Patient in liegender Stellung von 4 kräftigen (20 Ampère) Bogenlichtlampen bestrahlt wird. Die Sitzungen finden täglich statt und dauern in der 1. Woche ¼ Stunde, in der 2. Woche ½ Stunde, in der 3. Woche ¾ Stunden und in der 4. Woche 1 Stunde. Von den 74 so behandelten Patienten sind 17 geheilt, 35 gebessert (16 bedeutend, 19 weniger erheblich, aber unzweifelhaft), 6 unverändert und 16 verschlechtert. Im allgemeinen wurde keine andere Behandlung in Anwendung gebracht.

Am besten wirken die Lichtbestrahlungen bei Ulzerationen, aber auch auf die tuberkulösen Infiltrate. Die Besserung der Larynxtuberkulose geht gewöhnlich mit der Besserung der Lungentuberkulose zusammen. Jedoch kommen auch Fälle von Besserung der Larynxtuberkulose bei gleichzeitiger Verschlimmerung der Lungentuberkulose vor. Die Kombination der geschilderten Behandlung mit lokaler chirurgischer Behandlung, besonders mit Galvanokaustik, wird dringend empfohlen. Hh.

Dr. **Max Kraßnigg** (Graz-Eggenburg): **Luetische Tracheoösophagusfisteln.** (Wiener klin. Wochenschrift 1920, Nr. 6.)

Verfasser berichtet über das seltene Vorkommnis einer Fistel zwischen Oesophagus und Luftröhre, die als Folge einer gummösen Infiltration der Luftröhre entstanden war. Es handelte sich um einen 53 jährigen Mann, bei welchem die ersten Erscheinungen (Heiserkeit und geringe Atemnot) vor etwa 1½ Jahren aufgetreten waren. Die Wassermann-Reaktion war stark positiv. Zunächst war nach Ausweis der tracheoskopischen Untersuchung die Luftröhre infolge eines Infiltrats stark verengt; nachdem der Kranke einige Wochen spezifisch (Hydrarg. salicyl., Salvarsan) behandelt worden war, traten nach Aushusten eines größeren Konkrements plötzlich die Erscheinungen einer Kommunikation zwischen Speise- und Luftröhre ein. Trotzdem Sondenernährung eingeleitet wurde, ging der Kranke nach einigen Wochen an einer doppelseitigen Aspirationspneumonie zu Grunde.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Prof. Dr. **Meirowsky** (Köln): **Bericht der Salvarsankommission des Allgemeinen Aerztlichen Vereins in Köln.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 17.)

Der Allgemeine Aerztliche Verein in Köln hatte im März 1918 eine Kommission zur Untersuchung der Salvarsanschädigungen gebildet, welche durch Versendung von Fragebogen an alle in Betracht kommenden Aerzte und Kliniken ein umfangreiches Material zusammenbrachte. Antworten liefen ein von 182 Aerzten und Kliniken in Deutschland, Oesterreich, Holland und Dänemark; die Berichte umfassen 13 000 Altsalvarsaninjektionen, 40 954 Injektionen von Natrium-Salvarsan nud 171 826 von Neosalvarsan. Von den Ergebnissen wollen wir nur einige Punkte hervorheben. Auf die 225 780 Injektionen entfallen im ganzen 12 Todesfälle (1 : 18 815). Ein Teil der Todesfälle muß als vermeidbar angesehen werden, so daß die Kommission die unvermeidbare Gefahrenchance aller Salvarsanpräparate auf 1 : 56 445 berechnet. Beim Altsalvarsan beträgt sie 1 : 13 000, beim Natriumsalvarsan 1 : 20 000, beim Neosalvarsan 1 : 162 800. Fast die Hälfte der Todesfälle trat nach der zweiten und dritten Einspritzung ein. Die Dosierung spielt eine ausschlaggebende Rolle. Bei denjenigen Aerzten, welche die Dosis 0,6 g Neosalvarsan grundsätzlich nicht überschritten, betrug die Gefahrenchance 1 : 162 800, dagegen bei denjenigen, welche gelegentlich über 0,6 g hinausgingen, 1 : 3000. Aus diesem Grunde empfiehlt die Kommission für Männer 0,6 g, für Frauen 0,45 g Neosalvarsan als erlaubte Höchstdosis. — Hinsichtlich des Ikterus wurde folgendes ermittelt: Auf 5000 Injektionen kam 1 Fall von Ikterus vor, und zwar gleich viel Früh- und Spätfälle. Beim Natrium- und beim Altsalvarsan entfällt 1 Fall auf 2000 Injektionen, beim Neosalvarsan 1 auf 6000. Während bei den übrigen Präparaten die Frühfälle überwogen, machte das Neosalvarsan vorzugsweise Spätikterus, und zwar besonders häufig bei tertiärer Lues. Unter den Spätfällen findet sich nur 1 Fall von reiner Salvarsanbehandlung, während in den übrigen Fällen kombiniert mit Salvarsan und Hg behandelt worden war. L.

Dr. **Kurt Kall** (Nürnberg, früher Freiburg i. B.): **Neosalvarsan bei akuten und chronischen Entzündungen des Nierenbeckens und der Blase.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 19.)

Wie Verfasser berichtet, gelangten in der Freiburger dermatologischen Universitätsklinik intravenöse Einspritzungen von Neosalvarsan mit großem Erfolg in zahlreichen Fällen von akuter und chronischer Entzündung des Nierenbeckens und der Blase, einschließlich der sogenannten Kollumzystitis zur Anwendung, und zwar in gleicher Weise bei Infektionen durch Kolibazillen, Staphylokokken und Gonokokken. Als Anfangsdosis wurde gewöhnlich 0,15 gewählt; später wurde 0,3 gegeben; die Zeit zwischen den einzelnen Einspritzungen betrug 3—5 Tage. Die Gesamtzahl der Einspritzungen betrug durchschnittlich 4. In der Mehrzahl der Fälle war schon nach der zweiten Einspritzung der Urin fast klar. Das Fieber sank oft schon nach einmaliger Einspritzung, ebenso gingen die subjektiven Beschwerden und die lokalen Reizerscheinungen zurück. L.

Strahlenbehandlung.

Prof. Dr. **A. Jesionek** (Gießen): **Licht, Haut, Tuberkulose.** (Fortschr. d. Med. 1920, Heft 11/12/13.)

Unter den verschiedenen Wirkungen des Lichtes auf die Haut spielen der pigmentierende und der hyperaemisierende Reiz eine besonders wichtige Rolle. Ursprünglich war Verf. der Ansicht, daß man die Wirksamkeit der Heliotherapie in dem pigmentophoren Reiz des Lichtes zu erblicken habe und daß man bei der therapeutischen Bewertung des Lichtes in Form der allgemeinen Licht- und Sonnenbäder vor allem die kräftige Pigmentierung der Haut ins Auge fassen müsse, die in den Basalzellen vor sich geht. Bei einer Reihe von Krankheiten fehlt den Basalzellen die Fähigkeit, Pigment zu bilden. Auch bei tuberkulösen Menschen scheinen die Basalzellen vielfach in dieser Fähigkeit schwer beeinträchtigt zu sein. Bei diesen Patienten kann man mit der Heliotherapie keinen Erfolg erzielen. Bei anderen Tuberkulösen ist die hyperämisierende Reizwirkung des Lichtes stark herabgesetzt. Verf. ist der Ansicht, daß die Bedeutung des Hautorgans für den Gesamtorganismus eine außerordentlich große ist. Wenn wir durch die Heliotherapie die durch die Tuberkulose geschaffene Schädigung der Haut zu beseitigen vermögen, dann ist die Annahme wohl begründet, daß wir mit der Sonnen- und Lichtbehandlung den Kampf gegen die Tuberkulose erfolgreich aufnehmen können. Hh.

Dr. **H. Chaoul** (München): **Der Strahlensammler.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 30.)

Bei der Röntgentiefentherapie kommt es in der Hauptsache darauf an, unter möglichster Schonung der Haut eine möglichst große Strahlendosis in die Tiefe des Körpers zu bringen. Durch die Absorption und Zerstreuung der Strahlen geht eine Menge von Strahlen nutzlos verloren. Verf. gibt ein Verfahren an, den unausgenutzten Strahlenkegel zu verwenden und durch diesen seinen Strahlensammler die von der Röntgenröhre ausgehenden Strahlen in weit größerem Umfange als bisher auszunützen. Dadurch wird die in der Röntgentiefentherapie erforderliche, abnorm lange Bestrahlungszeit wesentlich verkürzt, was für Patient und Personal eine bedeutende Annehmlichkeit, für Apparat und Röhren eine wesentliche Schonung bedeutet. Hh.

Balneologie.

Dr. **Prüssian** (Wiesbaden): **Aerztliche Reiseeindrücke aus Arosa und Davos.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 32.)

In einem an Stil und Inhalt gleich ausgezeichneten Feuilleton schildert Verfasser das Leben und Treiben in Arosa und Davos von der ärztlichen und psychologischen Seite. Nicht nur die Höhensonne, sondern auch der sonnenlose Aufenthalt im Hochgebirge zeigt ausgezeichnete Wirkungen auf den Organismus, die namentlich den tuberkulös Erkrankten zugute kommen. Das haben neue Untersuchungen gezeigt und damit der Klimaforschung neue Rätsel aufgegeben. Verfasser hält für das wichtigste in der Bekämpfung der Tuberkulose die systematischen Ruhekuren. In Davos und Arosa aber gewinnt man nicht den Eindruck, daß die Kranken diesem Grundgesetz der Behandlung folgen. Nicht nur die Leichtkranken, sondern auch Schwerkranke stürzen sich in diesen Orten in einen Strudel von Vergnügungen, als ob es sich für sie darum handelte, die ihnen noch zugeteilte Frist des Lebens

mit vollen Zügen zu genießen. Das ist ja gerade das Erfreuliche bei dem Tuberkulösen, daß er sich der Schwere seiner Lage nicht bewußt ist und bis zum letzten Augenblick in glücklichster optimistischer Stimmung lebt. Und so herrschen denn in Arosa und Davos statt der Ruhe und der Liegekur vielfach Sport und Vergnügen vor, als gäbe es hier überhaupt keine Kranken. Daß die Kur dadurch nachteilig beeinflußt wird, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung. Nur der therapeutische Nihilist kommt hier auf seine Rechnung, der Durchschnittsarzt wird sich damit nicht abfinden können.
Hh.

Dozent Dr. **Ernst Mayerhofer** (Wien): **Die Insel Sansego bei Lussin als Kinderseebad der Adria.** (Wien. med. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Verf. betont die Vorzüge der Inselbäder der Adria als Kinderseebäder gegenüber den Küstenkurorten. Sansego wird als die weitest vorgelagerte, kleine, stille Insel am Ausgange des Quarneros besonders empfohlen. Die Insel ist mit einem eigenartigen, schweren Sandboden bedeckt, über den sich die Geologen noch nicht einig sind, der sehr fruchtbar ist und einen ausgedehnten, intensiven Weinbau zuläßt. Wegen der Armut an Gräsern und Getreide eignet sich die Insel als Aufenthaltsort für Heufieberkranke. Auch sonst werden noch weitere Vorzüge der Insel nach allen Richtungen hin gepriesen, mitunter etwas zu stark ans Reklamehafte grenzend. Verdienstvoll sind die sorgfältigen meteorologischen Aufzeichnungen im Sommer 1914, die zu folgenden Schlüssen berechtigen: Die Temperatur ist nicht als zu heiß zu bezeichnen. Die Luftfeuchtigkeit ist bei Ueberwiegen großer Feuchtigkeitswerte doch recht schwankend, was für eine gute Hautfunktion stark in Betracht kommt, weil durch den wechselnden Hautreiz die Gefahr der Verweichlichung wegfällt. Regen ist selten. Der Wind kommt hauptsächlich von Norden und hat sich in der Beobachtungszeit nie über die Windstärke 6 erhoben. Die Sonnenscheindauer ist nahezu unbehindert. Im Meerwasser ist die Wärme günstig, der Salzgehalt der höchste von den Adriabädern und der Wellenschlag ziemlich stark. Der Sand am Badestrand kann zu Packungen benutzt werden, zumal die Sandtemperatur recht hoch werden kann. Aus all diesen Angaben zieht Verf. den Schluß, „daß Sommer und südliches insulares Klima eine ebensogute Zusammenstellung bedeuten kann, wie etwa Winter und Alpenhöhe". Ob solche generelle Gesetze zweckmäßig sind, darüber dürften wohl die Meinungen zum mindesten geteilt sein. Hh.

III. Bücherschau.

Atlas und Grundriß der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik. Teil I Atlas, Teil II Text. Von Prof. Dr. **K. B. Lehmann,** Direktor des hygien. Instituts in Würzburg, und Prof. Dr. **R. O. Neumann,** Direktor des hygien. Instituts in Bonn. 6. Auflage. J. F. Lehmann's Verlag, München 1919/1920. Pr. 60 Mk.

Ein so bekanntes Werk wie das vorliegende bedarf keiner wortreichen Empfehlung mehr. Der Umstand, daß es trotz seines Umfanges in verhältnismäßig kurzer Zeit es auf 6 Auflagen gebracht hat, beweist, wie sehr es allen Ansprüchen genügt, die der wissenschaftliche Arbeiter an eine derartige zusammenfassende Darstellung zu stellen berechtigt ist; das Werk ist sowohl zur gründlichen Einführung in die Bakteriologie für den Anfänger wie als Nachschlagewerk für den Geübten geeignet. Infolge der Zeitumstände mußten die Verfasser von einer eigentlichen Neubearbeitung absehen; sie begnügten sich damit, dem Text der 5. Auflage einen Nachtrag anzufügen, in welchem alle in den letzten Jahren auf dem Gebiete der Bakteriologie erkundeten neuen Tatsachen von Wichtigkeit unter Angabe des Autors und des Ortes der Veröffentlichung sorgfältig registriert sind. Dieser Nachtrag umfaßt nicht weniger als 70 Seiten. Die äußere Ausstattung steht nur unbedeutend hinter der früheren friedensmäßigen der Lehmann'schen Atlanten zurück, speziell die Tafeln genügen allen Anforderungen. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Am 28. August starb hier der ordentliche Honorarprofessor Geh. Medizinalrat Dr. David v. Hansemann, Prosektor am Rudolf-Virchow-Krankenhause. Hansemann, geb. am 5. Sept. 1858 zu Eupen, entstammte einer rheinländischen Kaufmannsfamilie, sein Großvater war 1848 preußischer Finanzminister. Zuerst Kaufmann, studierte H. von 1881 bis 1885 Medizin und widmete sich seit 1886 als Virchows Assistent der pathologischen Anatomie. 1890 habilitierte er sich in Berlin als Privatdozent, wurde 1895 Prosektor am Städtischen Krankenhause am Friedrichshain und übernahm 1906 die Leitung des pathologisch-anatomischen Instituts am neugegründeten Rudolf-Virchow-Krankenhaus. Mehrmals lehnte er Berufungen an auswärtige Hochschulen ab. Von seinen Schriften erwähnen wir die Studien über die Spezifität, die Anaplasie und den Altruismus der Zellen. Außerdem arbeitete er vielfach über die bösartigen Geschwülste, sowie über die Rachitis der domestizierten Tiere.

Dr. med. et phil. Franz Hübotter, seit 1914 Privatdozent für Geschichte der Medizin an der Berliner Universität, erhielt vom Minister einen Lehrauftrag für Geschichte der neueren und orientalischen Medizin. Hübotter, der gleichzeitig Chirurg und gelehrter Sinologe ist, betreibt als Spezialgebiet die Geschichte der chinesischen Medizin.

Frankfurt a. M. Der hiesige Kreisarzt Dr. Ascher erhielt einen Lehrauftrag für soziale Hygiene an der Universität.

Leipzig. Hier starb am 31. August im Alter von 88 Jahren der berühmte Philosoph und Begründer der experimentellen Psychologie Prof. Dr. Wilhelm Wundt. W. ist von der Physiologie ausgegangen, für welches Fach er sich 1857 zu Heidelberg habilitierte, wo er 1865 ein Extraordinariat erhielt; 1875 wurde er ordentlicher Professor der Philosophie in Leipzig. Sein umfassendes Wirken auf den Gebieten der Physiologie und Psychologie sowie der reinen Philosophie (Logik, Ethik usw.) ist bekannt und hat auch für viele ärztliche Wissensgebiete reiche Anregungen geboten.

Erlangen. Dr. med. et phil. Arnold Spuler, bisher Privatdozent mit dem Titel eines a. o. Professors und 1. Assistent am anatomischen Institut, erhielt das Extraordinariat für Anatomie und Histologie mit dem persönlichen Titel und Rang und den akademischen Rechten eines ordentlichen Professors.

Karlsruhe. Die an der hiesigen technischen Hochschule neu errichtete außerordentliche Professur für allgemeine und angewandte Psychologie und die Leitung des Instituts für Sozialpsychologie wurde Prof. Hellpach übertragen.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Die Vereinigung der Schulärzte Deutschlands wird am 12. September d. J. in Kassel tagen. Als Verhandlungsgegenstand war bestimmt: Die gesundheitliche Schulkinderfürsorge in Verbindung mit den Versicherungs- und Wohlfahrtsämtern. Auf Antrag der deutschen Zentrale für Quäkerspeisung wird als erster Beratungsgegenstand eingeschoben: Die Mitwirkung der Schulärzte bei Einrichtung und Durchführung der Schülerspeisungen, mit besonderer Berücksichtigung der Grundsätze der amerikanischen Schülerspeisung. Nachmittag findet eine Besprechung über Umfang, Art und Bezahlung der schulärztlichen Tätigkeit statt.

Die zweite Tagung für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten findet am 24.—26. September d. J. unter dem Vorsitz von J. Boas (Berlin) in Bad Homburg v. d. H. statt. Folgende Verhandlungsgegenstände gelangen zur Besprechung: 1. Ulcus duodeni. 2. Diagnostische Verwertung der Lehre von der inneren Sekretion für die Klinik der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. 3. Kriegserfahrungen über Diabetes. 4. Folgezustände der Ruhr vom diagnostischen und therapeutischen Standpunkt aus. Teilnehmerkarten sind im Kurhaus zu 30 M. erhältlich; dafür wird kostenlose Unterkunft nachgewiesen.

Bäderwesen.

In einer außerordentlich interessanten Abhandlung über dieses Thema teilt Dr. Ladenthin (Potsdam) in der Balneologischen Zeitung, 1920, Nr. 7, mit, daß die Ausfuhr deutscher Mineralwässer, die während des Krieges sehr zurückgegangen war, wieder lebhafter geworden ist, wenn auch der Auslandshandel mancherlei Schwierigkeiten zu überwinden hatte. Was die Einfuhr ausländischer Mineralwässer angeht, „ließ sich das Reichswirtschaftsministerium von der Absicht leiten, zur Hebung der deutschen Valuta alles, was an gleicher Art und Güte im Inland erzeugt werden kann, von der Einfuhr auszuschließen". Das hat natürlich die Einfuhr von Mineralwasser sehr stark gehemmt, da ja in Deutschland kein Mangel an den verschiedensten Mineralwässern besteht. Jedoch sollten aus gesundheitlichen und Zweckmäßigkeitsgründen bis auf weiteres Karlsbader, Marienbader, Franzensbader, Biliner, Gießhübler, Hunyadi Janos, Apenta und Levico zur Einfuhr zugelassen werden. Gegen die Einfuhr ungarischer Bitterwässer liegen schwerwiegende Bedenken nicht vor, da geeignete Ersatzwässer in Deutschland vorhanden sind, z. B. das Hessische Bitterwasser. Verf. betont in der sehr lesenswerten Abhandlung die Notwendigkeit, daß die deutsche Regierung den Bedürfnissen des Außenhandels mit Mineralwasser größeres Verständnis entgegenbringt, als bisher, um das Heilquellenwesen zur freieren Entfaltung zu bringen und so den Wiederaufbau Deutschlands zu fördern. Hh.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO16, Cöpenicker Straße 114.




Alkalischer **Mineralbrunnen,** ausgezeichnete Wirkung auf die Atmungs- und Verdauungsorgane, Stoffwechsel fördernd.

Vorbeugend und heilend bei

Infektionskrankheiten, Lungenleiden, Magen- und Blasenkatarrhen und Nierenleiden

Prospekte durch:

Glashäger Mineralquellen G. m. b. H., Doberan i. M.



„PRAEVALIDIN"

Campher-Wollfettsalbe mit Wasserstoffsuperoxyd zur percutanen Einverleibung von Campher und Balsam peruvian.

Bestandteile: Campher, Balsam peruvian., Ol. Eucalypt.
Jede Dosis enthält 0,4 g Campher.

Wegen der herzroborierenden, expectorierenden und Appetit anregenden Wirkung indiziert bei Lungentuberkulose, Emphysem, Asthma nervosum, Bronch. chronic., Influenza, Anämie, Skrofulose u. Herzschwächezuständen. Jede Tube enthält 5 Dosen. Genaue Gebrauchsanweis. liegt jeder Tube bei. Preis der Tube für Erwachsene M. 6,–, für Kinder (halbe Dosis) M. 4,–. Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei in Döhren bei Hannover.



Blankenburg a. H.

Sanatorium Dr. Matthes (EYSELEIN) für Nervenleidende u. Erholungsbedürftige

Das ganze Jahr geöffnet.

Prospekte durch die Verwaltung.



Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025–0,05 / 0,1–0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05–0,1–0,15 / 0,2–0,25–0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01–0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:

Kreosot 0,05–0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45 %, Haemoglobin 9 %, peptonis. Muskeleiweiß 46 %.

Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:

Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) Jasper 0,05
scat. unam orig.

Nur echt in geschlossener Originalschachtel.

Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
Bernau bei Berlin.



Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 18. September 1920 | No. 38

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

CALCIMINT

Das ideale Kalkpräparat

Seine Vorzüge sind:

1. Zuverläffige Wirkung
2. Gute Bekömmlichkeit
3. Angenehmer Gefchmack
4. Bequeme Handhabung (Tablettenform)
5. Billiger Preis

Muster und Literatur zu Diensten

Münchner Pharmazeutische Fabrik, München 25.

Dr. Fresenius'

„Ampullen-Wasser"

D. R. W. Z.

(reines steriles Wasser)

nach Vorschrift von Prof. Dr. G. L. Dreyfus, Frankfurt a. M. und unter ständiger Kontrolle des „Georg Speyer-Hauses", Frankfurt a.M.

Bezugsquelle: Hirsch-Apotheke, Frankfurt a. M., Zeil 111.





nach Angaben von Dr. Leistikow

zur **Behandlung** der **Gonorrhoe**

bei beiden Geschlechtern,

sind in Wasser zergehende Stäbchen aus einem indifferenten Grundkörper mit bestimmten Arzneistoffen, meist Zink- oder Silbersalzen. / Sie übertreffen an Wirksamkeit und Bequemlichkeit der Anwendung erfahrungsgemäss Einspritzungen sowie andere Stäbchen. / Vorrätig mit **Argonin — Albargin — Argent. nitric. — Choleval — Ichthargan — Protargol — Zinc. sulfuricum — Zinc. sulfocarbolicum,** in zwei Grössen — 10 cm und 18 cm lang — in Gläsern zu 10 Stück und für Krankenanstalten in Blechdosen zu 100 Stück.

Literatur und Muster kostenfrei!

P. BEIERSDORF & Co. G. m. b. H.
Chemische Fabrik **HAMBURG 30.**

Pruritus jeder Art

simplex, senilis, diabeticus, nervosus, vulvae, ani, Urticaria, Strofulus infantum, Zahnpocken, Intertrigo, Ekzeme (besonders nässende), frische Hautentzündungen, Insektenstiche, Frost- und Brandwunden

UNGUENTUM OBERMEYER (VILJA-CREME)

Tube 60 g, Krankenkassenpackung Tube 65 g — Literatur und Proben kostenlos

OBERMEYER & Co., G. m. b. H., Fabrik pharm. Präparate, HANAU a. MAIN

An unsere Leser!

Im Interesse einer pünktlichen Lieferung unserer Zeitung bitten wir unsere geschätzten Abonnenten, welche unsere Wochenschrift **durch die Post** zugestellt erhalten, **Beschwerden über ausgebliebene Nummern** zunächst an das **zuständige Bestellpostamt** zu richten und dort um **Nachlieferung der fehlenden Nummern** zu ersuchen.

Bleiben **diese Reklamationen erfolglos,** dann wende man sich an den unterzeichneten Verlag, der unverzüglich Abhilfe schaffen wird.

Verlag der Allgemeinen Medizinischen Central-Zeitung
Berlin W 30.

89. Jahrgang **Berlin, 18. September 1920** **No. 38**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Mechanotherapie der Amputierten.

Von Sanitätsrat Dr. **Max Blumenthal** (Berlin).

Die besondere Bedeutung, welche der mechano-therapeutischen Behandlung der Amputierten zukommt, ergibt sich zunächst aus den Besonderheiten der Stumpfverhältnisse selbst, alsdann aus der sozialen Aufgabe, welche der möglichsten Wiedergewinnung der Gliedreste für ihre frühere oder eine neue Betätigung, direkt oder mit Hilfe von Prothesen, gestellt ist, endlich aus dem Einfluß des Gliedverlustes auf die allgemeine Hygiene und die Körpergestalt.

Gestatten Sie, daß ich aus diesem großen Gebiete, welches ich hier nicht in seiner Totalität aufrollen kann, und welches sich ja zu einem großen Teil mit der allgemeinen mechano-therapeutischen Nachbehandlung der Kriegsverletzten deckt, einige Kapitel hervorhebe, welche mir einer besonderen Besprechung wert erscheinen und zwar zunächst die Behandlung der Kontrakturen, alsdann die allgemeine mechanische Stumpfbehandlung und ihre Beziehungen zu Prothesen und Nachoperationen (Sauerbruch-Vanghetti), endlich die funktionelle Mechanotherapie, d. h. die Arbeits-, Beschäftigungs- und Sports-Therapie.

I.

Es ist für uns allgemeingültig, daß die Behandlung mit mechanischen Hilfsmitteln, mit Massage, thermischen, elektrischen Maßregeln, nicht zuletzt mit aktiven, passiven und Widerstands-Bewegungen sowie durch geeignete Apparatbehandlung schon während der Wundheilung zu beginnen hat, insbesondere auch die Prophylaxe gegenüber den Kontrakturen. Um mit den **Hüftkontrakturen** zu beginnen, so wird nach meiner Erfahrung nicht genügender Wert gelegt auf die Druck-Atrophie, welche der große Gesäßmuskel bei langem Krankenlager der Oberschenkelamputierten erleidet. Erst diese Tatsache erklärt völlig, daß bei den oberhalb der Mitte Amputierten die Beugemuskulatur so häufig die Oberhand gewinnt. Die auf Grund der Rudolf Fick'schen Untersuchungen von Borchardt berechneten Muskelmomente von 173 für die verbliebenen Strecker, von 140 für die verbliebenen Beuger geben von den wahren Verhältnissen keine richtige Vorstellung. Sie gehen von den Verhältnissen der gesunden Muskulatur aus, treffen aber nicht zu, wenn wir die geminderte Leistungsfähigkeit des Glutaeus maximus in Rechnung stellen, — durchaus in Parallele mit den wirklichen Verhältnissen. Die Bekämpfung einer bestehenden oder drohenden Kontraktur der Hüfte durch das vielfach geübte Auflegen von Sandsäcken auf das Gesäß bei Bauchlage und erhöhter Stumpflagerung, wie es erst vor kurzem wieder Blenke empfahl, kann daher nicht als glücklich erscheinen, vermehrt vielmehr noch die Atrophie des Muskels. Dagegen erscheint energische Behandlung des großen Gesäßmuskels mit Massage und Elektrizität angezeigt, neben häufiger Einnahme der Seitenlage auf der gesunden Seite. Von besonderer praktischer Bedeutung ist es auch, daß wir der durch den Schmerz der Stumpfwunde oder noch empfindliche Narben des Stumpfendes hervorgerufenen reflektorischen Entspannungshaltung des Ileopsoas und des Tensor fasciae latae durch rechtzeitige Extensionsverbände (mit Mastisoltrikotschlauch) wirksam entgegentreten können. Dieselben bewirken, abgesehen von ihrer mechanischen Zugwirkung, vor allem eine Herabminderung resp. das Verschwinden der Zerrungsschmerzen am Stumpfende.

Weiterhin möchte ich auf die Rolle eingehen, welche die angegipste Behelfsprothese, das Lazarettbein, das ja oft auch schon bei noch ungeheilter Wunde angelegt werden kann, als mechano-therapeutisches Hilfsmittel ersten Ranges bei der Bekämpfung der Hüftkontrakturen spielt. Zunächst nach der negativen, der vorbeugenden, Seite. Behelfsbeine, welche kürzer oder gar wesentlich kürzer sind, als das gesunde Bein, pflegen die lästige Abduktionskontraktur des Stumpfes, resp. rufen sie erst hervor, einmal durch die Haltung, welche sie dem Hüftgelenk aufdrängen, sodann durch die Ueberdehnung des Glutaeus medius und minimus der gesunden Seite, welche gegenüber ihrer Aufgabe, das Becken zu balancieren, geschwächt werden. Als Konsequenz einer Behelfsprothese von gleicher oder fast gleicher Länge wie das gesunde Bein muß ich es allerdings betrachten, daß eine nur kurze Fußplatte oder ein Stelz, jedenfalls aber kein Stiefel getragen wird, dessen Hebellänge den Amputierten, besonders den Ungeübten, zum Stolpern bringen muß. Sache der gleichzeitig einsetzenden Uebungen in der Gehschule ist es alsdann, für die nötige Einübung zu sorgen. Auch der Ettlinger-Sitzstock ist in diesem Sinne wohl brauchbar. Bei Erfüllung dieser Forderungen würden wir eine erheblich bessere Beherrschung der Hüftverhältnisse für das spätere Tragen von Prothesen gewinnen — welche Bauart auch die letzteren haben mögen. Am besten allerdings wäre es, wenn wir nur solche definitiven Prothesen bauen wollten, welche auch bei Benutzung eines Kunstfußes und Stiefels dieselbe Länge für das natürliche und künstliche Bein gestatten; auf diese Frage können wir hier nicht eingehen.

In positiver Weise ist ferner das Behelfsbein bei Hüftkontrakturen nach Abriegelung des Kniegelenks als Schwungpendel zu benutzen, indem der Amputierte mit der gesunden Gesäßseite auf einer geeigneten Sitzvorrichtung sitzend, kräftiges Schwingen des Behelfsbeines von

vorwärts nach rückwärts und von auswärts nach einwärts ausführt.

Diese Ausnutzung einer in Fortsetzung des Stumpfes befindlichen Schwungmasse als Pendel habe ich auch in anderer Weise verwirklicht, indem ich an einer langen mit dem Stumpf einerseits, mit dem Becken und Oberkörper andererseits durch Bandage und Schellen verbundenen, im Hüftgelenk zweifach artikulierenden Eisenschiene ein verschiebliches Gewicht angebracht habe. Auf einem geeigneten Tisch sitzend, kann der Amputierte in dieser Weise äußerst kräftige Schwungübungen in der Sagittal- und Frontalebene ausführen. (Schwungpendelapparat; Fig. 1.)

Im übrigen lassen sich mit Hilfe der Behelfs- oder auch der definitiven Prothesen die meisten vorhandenen mediko-mechanischen Apparate in geeigneter Weise benützen. Unter den neueren derartigen Apparaten gegen die Hüftkontraktur der Amputierten hebe ich das Kirchbergsche Schwungrad hervor. Auf die funktionelle und Sportsbehandlung gehe ich später ein.

Ferner möchte ich auf das von v. Baeyer inaugurierte Pendeln unter Gelenkextension hinweisen, welches sich an allen Amputationsstümpfen durchführen läßt, wenn dieselben mit Hilfe von nach Art der Mädchenfänger geflochtenen Riemen, welche in einer Tasche zur Gewichtsaufnahme endigen, gefaßt werden. In ähnlicher Weise hat auch Overgaard bei Oberarmstümpfen gegen die Schulterkontraktur ein Kreiseln mit angeklebten Gewichten ausführen lassen.

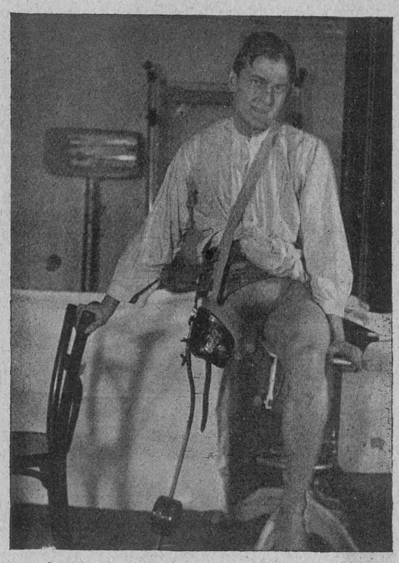


Fig. 1. Schwungpendelapparat.

Meine Erfahrungen mit den Hüftkontrakturen der Amputierten fasse ich dahin zusammen, daß wir bei einiger Vorsicht und guter Nachbehandlung sehr wohl in der Lage sind, für die bei weitem überwiegende Zahl von Oberschenkelstümpfen eine volle Beweglichkeit zu erzielen, so daß wir im Gegensatz zu der pessimistischen Auffassung Schedes, welcher alle Oberschenkel in der Prothese in leichter Beugestellung einstellt, bei der weit überwiegenden Mehrzahl in der Lage sind, den Oberschenkelstumpf in den Prothesen so einzustellen, daß die Prothesenachse und die Achse des Oberschenkelknochens zusammenfallen.

Für die Bekämpfung der **Kniekontrakturen** bei den Unterschenkelamputierten werden eine große Reihe von mechano-therapeutischen Maßregeln auch prophylaktischer Art mit Vorteil angewendet, auf die ich hier nicht eingehe. Frühzeitige Extensions- und Suspensionsvorrichtungen am Stumpfende sind besonders bei den kurzen Stümpfen von großer Bedeutung, um der reflektorischen Dauerentspannung durch Beugung im Knie entgegenzuwirken. Daß während der Wundheilung und später das Gehen auf gebeugtem Knie in der Behelfsprothese zu vermeiden ist, ist ebenso selbstverständlich wie andererseits die natürliche Schwungkraft des Lazarettbeins während des Gehens Kontrakturen leichter Art, mit etwas Geduld angewendet, gut korrigiert. Besonders erwähnt sei eine von Baron publizierte Uebungsprothese, bei welcher jede Belastung des Stelzfußes einen Zapfen gegen einen die Kniekontraktur redressierenden Hebel preßt. Die Zahl der portativen Apparate und Vorrichtungen ist groß, vielfach wird die Schede'sche Schiene oder eine ihrer zahlreichen Nachbildungen und Verbesserungen angewendet, seltener die Heusner'schen Spiralen, welche bei den Behandlungen der Kontrakturen unverdientermaßen in den Hintergrund getreten sind. Federnde Stahlbänder, welche in Bandagenkulissen eingenäht werden, werden von Pestalozzi angewendet. Leider sind bei vielen Kniekontrakturen kurzer Stümpfe alle späteren Bemühungen vergeblich, so daß sie entweder operativ angegriffen oder mit Prothesen besonderer Art versehen werden müssen.

Bezüglich der Kontrakturen nach Chopart und verwandten Operationen **im Fußgelenk** ist, abgesehen von sorgfältigster Massagebehandlung in den leichteren Fällen, nur die operative (Sehnen-Chirurgie!) und Verbandprophylaxe wirkungsvoll, ein größeres Wirkungsfeld besteht beim Lisfranc, während für die Kontrakturen Handamputierter im Handgelenk die sonst übliche mechano-therapeutische Behandlung einzugreifen hat; hierher gehört auch die von Muskat vorgenommene Schnürungsbehandlung zwischen dem ersten und zweiten Metacarpus, um eine Verlängerung des freien Daumenstumpfendes zu erzielen.

Bei den Unterarm-Amputierten kommt neben der Beuge- oder Streckkontraktur im **Ellbogengelenk** die Kontraktur im oberen Radio-Ulnargelenk in Betracht, welche zuweilen auf die Ausnutzung des Stumpfes für die Supination und Pronation der Prothese entscheidend einwirkt. Auch hier kann nur eine sorgfältige Massage, diese aber in hohem Grade, einwirken. Für die Ellbogenkontraktur gilt etwa dasselbe, wie für die Kniekontrakturen, nur daß die völlige Streckung des Ellenbogens naturgemäß nicht dieselbe Rolle spielt wie beim Knie. Portativ-Apparate können noch mehr zur Verwendung kommen wie bei diesem. Ich selbst verwende in der Anstaltsbehandlung bei Stumpfkontrakturen des Ellenbogens u. a. stets den von mir angegebenen und auf dem Orthopäden-Kongreß 1917 im Modell vorgestellten Rüttelapparat, welcher, in Kraft, Schnelligkeit und Winkelgröße während des Betriebes leicht veränderbar, schnelle Rüttelungen an den beiden Bewegungsgrenzen der Kontraktur in kleinsten eingestellten Winkelausmaßen vornimmt. (Die Rüttelungen sind nicht zu verwechseln mit den Erschütterungen der Vibrationsapparate.) Der Rüttelapparat, bisher nur für das Ellbogengelenk hergestellt, und noch in etwas provisorischer Form befindlich, wenn auch voll betriebsfähig, kann für diejenigen, welche sich dafür interessieren, in meiner Anstalt angesehen werden. Er wird durch einen Motor angetrieben.

Nun kommen wir zu der wichtigen Frage der **Schultergelenks**-Kontrakturen. Für die Unterarm-Amputierten spielt sie etwa dieselbe Rolle, wie bei anderen Kriegsverletzten auch, nur ist durch das Fehlen des Greiforgans die Fixation an Apparaten erschwert und eingeschränkt. Für Rotationen in der Schulter ist eine besondere Vorrichtung am Ende einer Behelfsprothese erforderlich, wirkungsvoller noch ist die Anbringung einer Schiene oder Hohlrinne für den im Ellenbogen gebeugten Unterarmstumpf, anstelle des Handgriffes des betreffenden Apparates; der als Hebel wirkende Unterarmstumpf ermöglicht eine recht gute Kraftübertragung. Bei den Oberarm-Amputierten ist die mechano-therapeutische Prophylaxe gegen die Schultergelenks-Kontraktur von besonderer Bedeutung. Man sollte annehmen, daß die richtige Lagerung des kurzen und besonders des langen Stumpfes in R-Winkellage zum Brustkorb nun Allgemeingut geworden wäre — dennoch muß man sich vom Gegenteil überzeugen; besteht erst eine Kontraktur in der Schulter, so tut die Belastung mit Rock und Ueberzieher dann das Uebrige. Beim Versuch, den an seinem Ende oft noch mit einer strahligen und mit dem Knochen verwachsenen Narbe versehenen Stumpf vom Körper abzuheben, werden laute Schmerzäußerungen laut, bei harter Beschaffenheit der in Dauerkontraktion verharrenden adduzierenden Schultermuskeln. Die einleitende mechanische Behandlung muß zunächst jegliche Apparatverwendung vermeiden, eine sorgfältige Massage unter reichlicher Wärmeanwendung den Patienten das Zutrauen wiedergeben, damit er die ersten Abspreizversuche selbst macht; die alsdann folgenden passiven Bewegungen lasse ich stets unter gleichzeitig kräftig extendierendem Zug in der Richtung der Oberarmachse vornehmen. Der Delta-Muskel wird faradisiert, ebenso die atrophischen Schulterblattmuskeln. Erst bei einer Abspreizung von 40 bis 50 Grad kommt dann der wahre Verkürzungszustand der Muskulatur zutage, und dürfen energischere Maßregeln einsetzen. Bei der großen Gewandheit der Betroffenen, sich auch bei fixiertem Schlüsselbein Dehnungsversuchen in den üblichen Apparaten zu entziehen, verwende ich gern die folgende improvisierte Anordnung, welche sich mir außerordentlich bewährt hat. Der Patient sitzt — mit dem möglichst erhobenen Oberarmstumpf in einer Schlinge leicht suspendiert — auf einem mit langem Schwungpendel versehenen Pendelsitz fest angeschnallt. Der Sitz wird nun in eine schräge Ausgangsstellung gebracht, derart,

daß die gleichsinnige Beckenseite gesenkt ist; alsdann beginnt der Patient auf Anleitung und auch mit Nachhilfe kräftige Beckenschwingungen bei mitschwingendem Pendel und gehöriger Dehnung der durch die Suspension des Stumpfes festgehaltenen Schulter-Adduktoren. Diese gleichsam indirekte Dehnung wird bei weitem besser vertragen als die

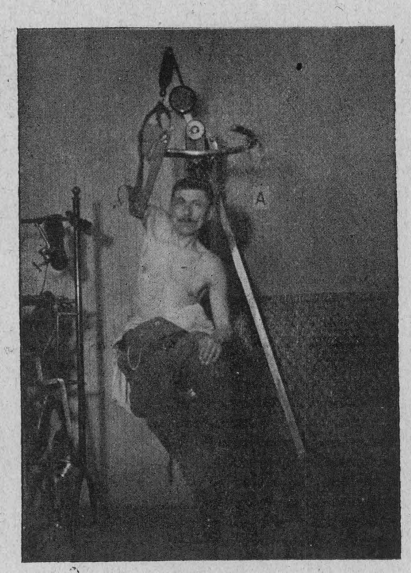


Fig. 2. Beckenschwingungen.

direkte. Die Bilder, welche ich herumgebe, sollen die Anwendung bei einem Kurzstumpf illustrieren. (Fig. 2.) Daneben verwende ich natürlich alle die anderen üblichen Hilfsmittel. Ein anderer einfacher Hilfsapparat sei noch kurz erwähnt, welchen der Patient auch zu Hause benutzen kann.

An einer dem Stumpf angepaßten Gipshülse sind — und zwar nach dem Stumpfende zu — Zugschnüre befestigt, welche auf einer Art von Joch über Rollen gleitend vor dem

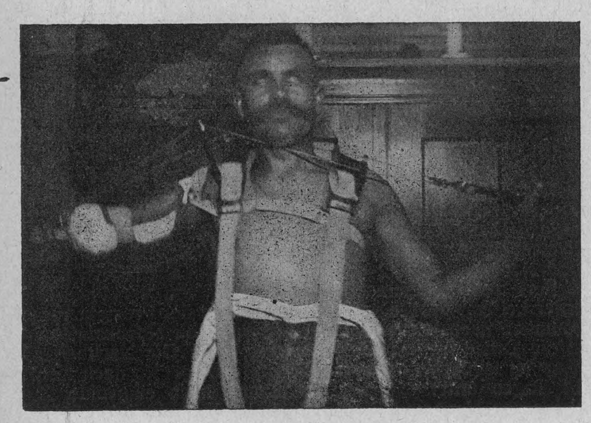


Fig. 3. Dehnungsapparat.

Hals und hinter dem Nacken zur anderen Seite laufen, wo sie in einem in der gesunden Hand liegenden Handgriffe zusammengefaßt werden. Beim Ausstrecken des gebeugten gesunden Armes wird der schon etwas abgehobene Stumpf weiter gehoben und die konkreten Muskeln so sanft oder kräftig als es dem Patienten beliebt, in Dehnung gebracht. (Dehnungsapparat, Fig. 3.) (Schluß folgt.)

II. Referate.

Innere Medizin.

Prof. Dr. **Erich Meyer** (Göttingen): **Zur Kenntnis des kleinen Herzens.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 29.)

Das kleine Herz kann entweder durch Hypoplasie bedingt sein und erscheint dann als Tropfenherz, oder es liegt ein mangelhaft gestütztes Pendelherz vor. In beiden Fällen sind konstitutionelle Momente ausschlaggebend. Wenn bei einem Schwerkranken ein kleines Herz gefunden wird, so kann eine Atrophie des Herzens vorliegen oder eine primäre Hypoplasie oder auch eine Verminderung der Blutmenge. Verf. beschreibt einen Fall, bei dem trotz außerordentlicher Verschiedenheit des Herzens innerhalb eines halben Jahres lediglich ein veränderter Ernährungszustand vorlag. Untersuchungen des Verf. haben ergeben, daß die Größe des Herzens sehr stark beeinflußt werden kann durch den Wasserhaushalt. Deshalb kann man auch durch nicht gerade beträchtliche Aderlässe das Herz verkleinern. Um sich über ein kleines Herz ein klares Bild zu machen, soll man nicht nur die konstitutionellen Momente berücksichtigen, sondern auch die vorübergehenden Schwankungen der Gefäß- und Herzfüllung einer Würdigung unterziehen.

Prof. Dr. **H. Assmann** (Leipzig): **Ueber Veränderungen der Hilusschatten im Röntgenbilde bei Herzkrankheiten.** (Deutsch. Archiv für klinische Medizin, Band 132, Heft 5/6.)

Ueberall da, wo eine Lungenstauung besteht, also bei Mitralfehlern und anderen Herzleiden mit Schwäche des linken Ventrikels und dadurch bedingter Blutstauung im kleinen Kreislauf, ist eine meßbare Verbreiterung der Hilusschatten im Röntgenbilde festzustellen. Die Verbreiterung des arteriellen Hilusschattens kann über das Doppelte der Norm erreichen und findet sich in dieser enormen Ausdehnung bei angeborenen Herzfehlern. Um die Gefäßbreite richtig messen und beurteilen zu können, muß die Verstärkung der Hiluszeichnung durch Drüsen, Infiltration des Lungengewebes, Anfüllung der Bronchien mit Sekret, Infiltration der Lymphgefäße usw. auszuschließen sein. Vor allem muß man aber sorgfältig darauf achten, daß man eine auf vermehrter Gefäßfüllung beruhende verstärkte Schattenzeichnung im Röntgenbilde bei den genannten Veränderungen des Herzens nicht als Zeichen einer Erkrankung der Lunge, besonders tuberkulöser Art, deutet, ein diagnostischer Irrtum, der sehr leicht möglich ist, aber verhängnisvolle Folgen haben könnte. Hh.

Dr. **Georg Eisner** (Berlin): **Beitrag zur Grippebehandlung; besonders über die Verwendung des Strychninum nitricum gegen die Kreislaufschwäche.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 22.)

Auf Grund seiner Erfahrungen an 140 im Krankenhaus behandelten Fällen schweren Charakters berichtet Verfasser über seine Erfahrungen bei der Grippebehandlung. Spezifisch gegen die Infektion bzw. Intoxikation ist die Behandlung mit Serum und mit Eukupin. E. wandte beide Mittel in vielen Fällen an, teils für sich allein, teils auch kombiniert. Eukupin wurde in der Menge 4mal täglich 0,4 g immer nach einer kleinen Nahrungszufuhr und unter den vom Optochin bekannten Kautelen gegeben. Zur Serumbehandlung wurden folgende Präparate benutzt: 1. das polyvalente Grippeserum der Sächsischen Serumwerke, 2. das Antistreptokokkenserum Höchst, 3. das polyvalente Grippeserum Höchst. Es wurden in der Regel an zwei aufeinander folgenden Tagen je 25 ccm Serum intramuskulär eingespritzt. Die Erfolge bei der Eukupin- und der Serumbehandlung waren nicht konstant, jedoch wurde davon in vielen Fällen eine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufs gesehen; ein absoluter Beweis für die Heilwirkung dieser beiden Mittel läßt sich nicht erbringen; schädlich wirkten sie in keinem Falle. Von den Serumarten wirkte am besten das polyvalente Grippeserum Höchst. Neben der spezifischen Therapie ist bei der Grippe die Behandlung der Herz- und Kreislaufschwäche von großer Bedeutung. Digitalis, Koffeïn und Kampfer sind hier als Hauptmittel bekannt. Außerdem empfiehlt Verfasser wie schon verschiedene andere Autoren eindringlich das Strychninum nitricum. Man gibt davon 3mal täglich subkutane Injektionen von 1—2 mg. Man kann Strychnin in der angegebenen Menge viele Tage ohne jede Schädigung anwenden. Andere Herzexzitantien können daneben verwendet werden. L.

Prof. Dr. **Paul Rosenstein** (Berlin): **Die Rolle des Vuzins bei der Grippebekämpfung.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 20.)

Verfasser empfiehlt das Vuzin als wirksames Mittel bei der Verhütung und Bekämpfung aller die Grippe begleitenden septischen Erkrankungen, in erster Linie des beginnenden Empyems der Pleura. Er stellt zunächst durch Punktion fest, ob ein Exsudat vorliegt; umfangreichere Exsudate werden durch Heberdrainage entleert. Nach der Entleerung des Exsudats, resp. nach der einfachen Aspiration spritzt er durch den Troikar, der unverrückbar liegen bleibt, 25—80 ccm Vuzinlösung (1:500) in die Pleurahöhle ein. Bei allgemein septischen Erscheinungen injiziert R. 200 ccm einer 2proz. Vuzin-Novokainlösung in die Oberschenkelmuskulatur zuweilen in Gemeinschaft mit dem leukozytoseanregendem Argatoxyl, einer organischen Silber-Arsenverbindung. Verfasser teilt 11 Fälle ausführlich mit, um die günstige Wirkung dieser Therapie zu zeigen. Schädigungen von der Vuzininjektion hat er in keinem Falle gesehen, trotzdem nach Tierversuchen Vuzin in der angewandten Konzentration Nekrosen im Muskel- und Fettgewebe hervorrufen kann. Das Arga-

toxyl ist nach R. auch ein Hilfsmittel zur Prognosenstellung: tritt nach der Argatoxylinjektion eine starke Leukozytenvermehrung ein, so beweist diese eine gute Widerstandskraft des Organismus, bleibt die Leukozytenvermehrung aus, so sind die Aussichten sehr trübe. L.

Dr. **Werner Gerlach** (Wiesbaden): **Ueber Rückenmarksveränderungen bei Encephalitis lethargica.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 25.)

Im städtischen Krankenhause zu Wiesbaden kamen, wie Verfasser berichtet, 23 Fälle von Encephalitis lethargica zur Aufnahme, von denen 6 starben und obduziert wurden. Die dabei im Gehirn festgestellten Veränderungen stimmten mit den von Economo angegebenen und sonst vielfach bestätigten überein. Bemerkenswerterweise war aber bei zwei Fällen außer dem Gehirn auch das Rückenmark in erheblichem Maße an dem entzündlichen Prozeß beteiligt. In beiden Fällen — es handelte sich um ein 17 jähriges Mädchen und einen 61 jährigen Mann — fanden sich ausgedehnte entzündliche Veränderungen besonders im unteren Brustmark und im oberen Lendenmark. Die Veränderungen bestanden in perivaskulärer Infiltration um zahlreiche kleinere Gefäße der grauen Substanz sowie in einer erheblichen Vermehrung der Zellen in der grauen Substanz. Auch die Ganglienzellen zeigten hier und da Degenerationserscheinungen. Verfasser gibt für beide Fälle eine eingehende Schilderung des klinischen Verlaufs und der pathologischen Befunde im Rückenmark. L.

Dr. **Ossian Oehmig** (Dresden): **Encephalitis epidemica choreatica.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 23.)

Verfasser hatte Gelegenheit, in der städtischen Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden im Februar und März d. J. 19 Fälle von Encephalitis zu beboachten, darunter 15 vom choreatischen Typus. Eingehender berichtet er über 11 Fälle, welche choreatische Muskelunruhe verschiedenen Grades zeigten. 4 davon endigten tötlich; es waren dies Kranke im Alter von 21—24 Jahren (2 männl., 2 weiblich); in drei dieser Fälle ergab die Sektion einen Status thymico-lymphaticus. In 4 Fällen gelang es, Bakterien aus dem Blut zu züchten (Streptokokken, Diplostreptokokken, einmal Pneumokokken). Die meisten Fälle boten im Beginn auch Grippesymptome dar, weswegen Verfasser einen Zusammenhang dieser Encephalitis mit der Grippe annimmt. —n.

Orthopädie.

Dr. **R. Pürckhauer** (München): **Neueres über Arthrodesen.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 30).

Verf. empfiehlt bei dem Schlottergelenk der Schulter das Verfahren von König (Würzburg), das eine feste Verbindung im Schultergelenk ergibt und zugleich gewisse Bewegungen zuläßt. Nach Säuberung der Gelenkpfanne wird ein nach auswärts gestielter 1 cm breiter und 4—5 cm langer Periostknochenlappen aus dem zentralen Humerus herauspräpariert und gegen einen zweiten ebenso formierten Periostknochenlappen ausgewechselt. Beim Schlottergelenk des Fußes verwendet er einen gestielten Periostknochenlappen mit Drehung des Stieles aus der Epiphyse der Tibia, den er auf den skelettierten Talus und die skelettierten Mittelfußknochen befestigt. Bei den Ellbogenschlottergelenken verdienen die orthopädischen Schienenhülsenapparate den Vorzug, außer bei den ausgedehnten Schlottergelenken mit gleichzeitiger Lähmung der Beuge- und Streckmuskulatur. Hier verwendet Verf. zur Schaffung einer absolut festen Ankylose die Periostknochenüberpflanzung mit einem gestielten Lappen vom Olecranon bzw. der Ulna. Hh.

Dr. **Tancré** und Dr. **Kwaseck** (Königsberg): **Zur Behandlung chronischer Gelenkerkrankungem mit Sanarthrit „Heilner".** (Med. Klin. 1920, Nr. 32.)

Verf. haben an zahlreichen Fällen von chronischen Gelenk- und Muskelerkrankungen das Sanarthrit nach Heilner's Vorschrift angewendet und sind zu dem eigenartigen Resultat gekommen, daß das Mittel bei rheumatischen Muskelerkrankungen und akuten Exazerbationen des chronischen Gelenkrheumatismus einen bemerkenswerten Erfolg zeigt, daß es aber bei chronischen Gelenkveränderungen keinen Einfluß ausübt. Unangenehme Reaktionserscheinungen wurden nicht beobachtet, trotzdem die Patienten ambulant behandelt wurden. In den Fällen, wo eine Wirkung sich zeigte, machte sie sich schon nach der dritten Injektion bemerkbar, so daß man in den Fällen, die nach drei Injektionen keinen Erfolg zeigen, von einer weiteren Behandlung Abstand nehmen kann. Hh.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Privatdozent Dr. **Viktor Blum** (Wien): **Ueber Indikationen und Kontraindikationen der Prostatektomie.** (Wiener klin. Wochenschrift 1920, Nr. 20.)

B. faßt seinen Standpunkt in folgenden Sätzen zusammen: Die Indikation zur chirurgischen Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie ergibt sich zunächst aus der Erkenntnis, daß alle anderen Behandlungsmethoden gefährlich sind und dem natürlichen Fortschreiten des Krankheitsprozesses sowie der Gefahr der krebsigen Entartung der hypertrophischen Drüse nicht Einhalt bieten. So hat die einfache Katheterbehandlung eine unmittelbare Mortalität von 8—10% (? Ref.), die Sexualoperationen von 27%, die Zystotomie von 33%, die Röntgen- und Radiumbehandlung hat im wesentlichen keine dauernden Heilresultate erzielt. Demgegenüber steht die Statistik der Prostatektomie mit 5—8% Mortalität und 92—95% Heilresultaten allen anderen Behandlungs-Methoden voran. Die Indikation zur Prostatektomie ist in allen Fällen gegeben, in denen eine komplette Harnverhaltung besteht oder wenn die quälenden subjektiven Beschwerden das Allgemeinbefinden der Kranken gefährden. Kontraindikationen sind: Allgemeiner Marasmus, speziell die schwersten Formen der Harnkachexie, schwere dauernde Störungen der Herzfunktionen, Coma uraemicum und diabeticum, zerebrale und spinale Lähmungen, schwere Erkrankungen innerer Organe, wie Tuberkulose und Karzinom, schwere doppelseitige Nierenerkrankungen mit beträchtlicher Azotämie, endlich perivesikale und periprostatische Eiterungen. Indiziert ist die Operation ferner bei Komplikationen der Prostatahypertrophie mit großen Steinen, Tumoren und Divertikeln, bei schwerer Zystitis und chronischer Pyelonephritis geringen Grades. Bei schwerer Infektion der Blase mit Fieber und Urosepsis, ferner bei reparabler Niereninsuffizienz soll die Operation zweizeitig ausgeführt werden. Die Prostatektomie d'urgence bei schweren Blutungen und bei akuten Harnverhaltungen ist womöglich zu vermeiden, da sie schlechtere Resultate gibt als die Operation nach guter Vorbereitung mit Dauerkatheter. Die Prostatektomie als Frühoperation im ersten Stadium der Hypertrophie, wo noch keine Harnretention besteht, ist nicht gerechtfertigt. Als Operation der Wahl ist der perinealen Prostatektomie wegen der Gefahren für die Geschlechtsfunktionen, wegen der Möglichkeit von Fisteln und Verengerungen der Harnröhre und von Rezidiven die transvesikale suprapubische Operation vorzuziehen. Unerläßliche Vorbedingung für die gefahrlose Durchführung der Operation ist die Vornahme derselben in reiner Lokalanästhesie durch Infiltration der Gewebe mit 1 proz. Novokainlösung. L.

Prof. Dr. **Hermann Kümmell** (Hamburg): **Die zweizeitige Prostatektomie zur Heilung der schwersten Formen der Prostatahypertrophie mit Niereninsuffizienz.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 21.)

Für die bisher als inoperabel geltenden schwersten Fälle von Prostatahypertrophie mit Niereninsuffizienz empfiehlt K. auf Grund seiner Erfahrungen die zweizeitige Prostatektomie. Bei der Prüfung der Nierenfunktion bevorzugt K. die Kryoskopie des Blutes, die ev. durch die Bestimmung des Reststickstoffs sowie des Indikans im Blut ergänzt wird. Zunächst wird ein Dauerkatheter für einige Tage eingelegt; sind hierdurch die schwersten Erscheinungen der Urinretention beseitigt, so wird in Lokalanästhesie eine suprapubische Blasenfistel angelegt, ein Eingriff, der nur wenige Minuten dauert. Wenn hierdurch die Blase entlastet und die Nierenfunktion wieder normal geworden ist, was durch fortgesetzte Blutuntersuchung kontrolliert wird und meist nach 14 Tagen erreicht wird, wird die Blasenfistel nach Einlegen eines Dauerkatheters für 24 Stunden durch Laminariastifte erweitert und in einem zweiten Eingriff von der Fistel aus unter Leitung des Auges die Ausschälung der Prostata vorgenommen, nach vorheriger Einspritzung von Novokainlösung in die Drüse von der Blasenöffnung aus. Die Nachbehandlung ist einfach. Die Blasenfistel pflegt K. nach etwa 14 Tagen unter örtlicher Betäubung nach ellipsoider Exzision von Haut und Blasenschleimhaut durch einige Seidennähte zu schließen. Nach dieser zweizeitigen Methode hat Verfasser bisher 28 Kranke operiert, von denen 17 im Alter von 70—83 Jahren standen. Die Patienten boten fast stets das Bild einer hochgradigen Urosepsis dar mit Zystitis oder Pyelitis; in allen Fällen bestand eine teilweise hochgradige Niereninsuffizienz. Von den Operierten starb nur ein einziger, 80 jähriger Patient 3 Wochen nach der Operation an Embolie beider Lungen. L.

Hautkrankheiten.

Dr. **K. Weigert** (Sonthofen im Allgäu): **Zur Furunkelbehandlung, insbesondere das Auflösen der Haare zur Rezidivverhütung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 5.)

Verfasser berichtet über die von dem verstorbenen Basler Chirurgen Prof. Haegler geübte Methode der Furunkelbehandlung, deren Nutzen W. zuerst am eigenen Leibe und später bei zahlreichen Patienten zu erproben Gelegenheit hatte. Den einzelnen Furunkel ließ Haegler meist in Ruhe, nur ausgesprochen abszeßartige Gebilde schnitt er auf, tupfte sie mit Kampferphenol aus und behandelte sie gelegentlich auch mit Bier'scher Stauung. Sein Hauptziel war die Verhütung von Rezidiven durch geeignete Behandlung der Haut. Zuerst wurde die Furunkelumgebung enthaart,

dann mit Credé'scher Silbersalbe eingefettet, solange virulenter Eiter abgesondert wurde, später mit weicher, maschinell verriebener Zinkpaste. Beim Verbandwechsel vorsichtige Reinigung der Umgebung mit Seifenspiritus. Die erkrankte Gegend wurde trocken gewärmt, z. B. durch ein elektrisches Heizkissen. Vor dem Verbinden Einpudern der Haut, um das Scheuern der Mullbinden zu mildern; bei Nackenfurunkulose keine gestärkten Kragen tragen! Der Kranke soll sich nicht selbst verbinden, da er sonst leicht seine Hände mit infektiösen Stoffen belädt, die er später an anderen Stellen einimpfen könnte. Der Erfolg der Behandlung beruht wesentlich auf der möglichst reizlosen Enthaarung der Furunkelumgebung. Die Haare lassen sich durch Arsentrisulfid, mit der 8—10 fachen Menge gebrannten Kalkes vermischt, auflösen. Wegen seiner Giftigkeit ist es wenig in Gebrauch. Haegler benutzte ein Enthaarungspulver von Hugo Remmler in Berlin. W. fand am besten folgende Mischung: Baryi sulfurat (= Baryumsulfid) 50, Amyl., Zinc. oxydat ana 25. Die Mischung wird unmittelbar vor dem Gebrauch mit ein wenig am besten warmem Wasser zu einem Brei angerührt, den man mit einem Spatel auf die Haut bringt. Der Brei wird je nach der Dicke der Haare 2—10 Minuten auf der Haut belassen und darauf mit einem Spatel, dann mit einem feuchten Wattebausch entfernt. Danach ist die Haut gründlich mit Wasser abzuwaschen und einzusalben, um einer Hautreizung vorzubeugen. Die Haare erscheinen später wieder als nach dem Rasieren, da die Auflösung des Haares wohl noch ein Stück in den Haarbalg hinein erfolgt.

Prof. **G. Axhausen** (Berlin): **Zur Kenntnis und Behandlung der Melanosarkome (Chromatophorome) der Haut.** (Therapeutische Halbmonatshefte 1920, Heft 7.)

Als Melanosarkome der Haut bezeichnet man kleine, zunächst harte, später weicher werdende, ganz oder teilweise schwarzblau oder braunschwarz gefärbte Geschwülste, die ihren Ursprung von den normalen, pigmenthaltigen Zellen der Cutis, den Chromotaphoren nehmen und die, selbst lange Zeit klein bleibend oder höchstens kleine Hautmetastasen in der Umgebung entwickelnd zu den ausgedehntesten Metastasen in anderen Organen führen; ihre Prognose gilt im allgemeinen als trostlos. Vielfach werden sie im Beginn, wenigstens von Unkundigen, mit gewöhnlichen Naevi pigmentosi verwechselt, resp. wird angenommen, daß die Chromatophorome, wie man auch diese Melanosarkome nennt, aus prominenten Pigmentmälern entstehen. Verfasser weist nun darauf hin, daß die prominenten Pigmentmäler, die später zu Chromatophoromen werden, sich von vornherein klinisch von den einfachen prominenten Pigmentmälern abgrenzen lassen. Charakteristisch ist für sie die Härte, die tiefe Lage — die Epidermis zieht über den Tumor hinweg — und die durchschimmernde blauschwarze Farbe. Finden sich diese Merkmale, so ist der Tumor im Gesunden mit der umgebenden Haut zu exzidieren, um späterer Metastasenbildung vorzubeugen. In 2 Fällen, in denen A. in der Lage war, eine solche Exzision rechtzeitig vorzunehmen, blieben die betreffenden Patienten frei von Rezidiven und Metastasen (Beobachtungszeit 8, resp. 5 Jahre). In beiden Fällen bestätigte die mikroskopische Untersuchung, daß es sich um Chromatophorome handelte. L.

Prof. Dr. **Bettmann** (Heidelberg): **Bemerkungen über eine durch Schweißledersatz hervorgerufene Dermatitis.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 10.)

Verfasser beobachtete eine größere Anzahl von Fällen, in denen bei Patienten durch das Tragen neuer oder reparierter Hüte und Mützen Hautentzündungen hervorgerufen wurden, die mit einem Erythem der Stirnhaut beginnen, aber auch auf den behaarten Kopf, die Lider und Wangen übergreifen können. Nach Verfasser wird die Erkrankung durch das für die Hüte verwendete Schweißleder verursacht, ein Kunstleder von teerartigem Geruch. Die Behandlung besteht in Betupfen mit 1proz. Resorcinlösung und Auftragen eines indifferenten Pulvers. Thedering (Oldenburg) sah ebenfalls, wie er in einer Zuschrift an die „Münch. med. Wochenschrift“ in derselben Nummer mitteilt, einige Fälle von Stirnhautekzem durch Hutledersatz; es handelt sich nach ihm um einen wachstuchartigen Stoff. Siebert (Charlottenburg) und Stangenberg (Bonn) berichten (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 13) über analoge Beobachtungen. R. L.

Strahlenbehandlung.

Dr. **G. Riedel** (Frankfurt a. M.): **Die Erfolge der Quarzlichtbestrahlung bei Rachitis.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 29.)

An ungefähr 100 Fällen hat Verf. die Wirkung der Quarzlichtbestrahlung bei Rachitis beobachtet. Er hat die allgemeinen Bestrahlungen in einem Abstand von etwa 80 cm täglich vorgenommen und ist, in der Dauer von 3 Minuten beginnend, täglich um 3 Minuten bis zu 30 Minuten angestiegen. Diese Bestrahlungsart hat sich außerordentlich bewährt. Ohne irgendwelche schädlichen Nebenwirkungen zu zeigen, waren sie in außerordentlich kurzer Zeit imstande, den floriden Prozeß der Rachitis zum Stillstand und zur Ausheilung zu bringen. Nach der Abheilung des floriden Prozesses kann erst die chirurgische Behandlung rachitischer Deformitäten in Frage kommen. Der Ablauf der floriden Erscheinungen der Rachitis läßt sich röntgenologisch an der regelmäßigen Epiphysenlinie und anderen sicheren Zeichen gut erkennen. Hh.

Prof. Dr. **R. v. Jaschke** (Gießen): **Einiges über die Grundlagen moderner gynäkologischer Röntgentherapie.** (Ztschr. für ärztl. Fortbildung 1920, Nr. 15.)

Verf. setzt in einer sehr klar und übersichtlich gehaltenen Abhandlung die Grundzüge der gynäkologischen Röntgentherapie auseinander, die immer mehr an Boden gewinnt. Vor allem zeigt er, daß sehr wohl die Möglichkeit besteht, bestimmte Gewebsteile zu zerstören, ohne andere in gleicher Tiefe liegende zu verletzen; vor allem sind es die jungen, protoplasmareichen Zellen der Tumoren, die gegen Röntgenstrahlen sehr empfindlich sind. Für die Röntgentiefentherapie benötigen wir die harten Strahlen, da die weichen bereits größtenteils schon in der Haut absorbiert werden. Besonders eingehend behandelt Verf. die Frage der Filtertechnik, der Reizdosen und der Sekundärstrahlen. Der neueste große Fortschritt ist die Vielfelderbehandlung. Durch die Feststellung der Hauteinheitsdosis, der Ovarialdosis, der Sarkomdosis und der Karzinomdosis erscheint die therapeutische Technik sehr vereinfacht, wenn auch von anderer Seite hinsichtlich der festgelegten Dosen sehr zur Vorsicht gemahnt wird. Unbedingt muß man dem Verfasser beistimmen, wenn er betont, daß bei der Röntgentiefentherapie ganz andere Gesetze in Fage kommen als bei der Oberflächenbehandlung und daß die Tiefentherapie vor allem eine genügend leistungsfähige Apparatur erfordert. Hh.

Balneologie.

Dr. **Käte Frankenthal** (Berlin): **Auswaschung des Organismus durch Mineralwasserkuren.** (Zeitschr. f. physik. und diätet. Therap., Band 24, Heft 8.)

Die vorliegende Arbeit aus dem Institut von Prof. Bickel in Berlin ist von der Dr. Heinrich Brock-Stiftung der Balneologischen Gesellschaft preisgekrönt worden. Das Ergebnis der außerordentlich sorgfältigen Arbeit ist, daß man einen scharfen Unterschied zwischen löslichen und noch nicht gelösten bzw. unlöslichen Körperschlacken machen muß. Lösliche Körperschlacken können von allen Mineralwässern ausgeschwemmt werden; aber die Auswaschung ist nichts Spezifisches für Mineralwässer, sondern vielmehr eine reine Wasserwirkung. Es kann sogar auch vorkommen, daß die Mineralien der Mineralwässer die gewebsauswaschende Wirkung hindern. Die Salzwirkung der Mineralwässer kann jedoch auch für die Gewebsauswaschung bedeutungsvoll sein, nämlich überall dort, wo die Schlacken erst durch die Salze in einen löslichen Zustand übergeführt werden. So kann man bei Gicht durch Fachinger eine Harnsäurelösung vermittels der Alkalien herbeiführen, der dann die Auswaschung der Gewebe folgt. Wenn zugleich eine abführende Wirkung erreicht werden soll, dann kann man zweckmäßig die Gewebsauswaschung mit Kochsalzquellen vornehmen, wie hier z. B. mit der Elstersalzquelle festgestellt wurde. Bei Magenstörungen kann es ebenfalls geboten sein, Kochsalzwässer zu geben. — Es ist sehr dankenswert, daß die Frage der Auswaschung der Gewebe eine sachgemäße, kritische Bearbeitung erfahren hat, um mit dem vielfach verbreiteten Begriff aufzuräumen, als sei die Heilquellenwirkung so einfach, wie der Laie es sich vorstellt. Hh.

III. Bücherschau.

Dr. **P. Schober** (Wildbad): **Wildbad und seine Heilquellen.** — 1920, Ferdinand Enke in Stuttgart. — 179 S., 7 Abbildungen im Text. — Preis brosch. 7,— M.

Die vorliegende Badeschrift hebt sich entschieden bedeutend über all das hervor, was auf diesem Gebiet der Oeffentlichkeit übergeben wird. In seiner klaren Darstellung verbindet Verf. mit einem fließenden Stil, der jedem Feuilleton Ehre machen würde, eine gründliche wissenschaftliche Vertiefung, die ein beredtes Zeugnis von dem sorgfältigen, mit Liebe betriebenen Studium der Materie ablegt. Von reklamehaften Lobhudeleien weiß Verf. sich geschickt fernzuhalten und wird gerade dadurch dem historisch begründeten Wert von Wildbad am besten gerecht. Seine Erfolge und wissenschaftliche Begründung sprechen allein für den Heilwert des Bades, das noch dazu den Vorzug hat, sich einer so prächtigen Lage und klimatischer Vorzüge zu erfreuen, wie nur wenig Kurorte der Welt. — Was im Laufe der Jahrhunderte über Wildbad und seine heilsamen Quellen bekannt geworden ist, hat in dem vorliegenden Buche eine kritische Würdigung erfahren; alte Erfahrung und

moderne Forschung haben sich die Hand gereicht, um ein vollkommenes Werk zu schaffen, das jeder Arzt wie Kurgast gern zur Hand nimmt, der sich über Württembergs edles Kleinod Wildbad orientieren will. Ausstattung und Abbildungen sind — wie bei dem so angesehenen Verlage nicht anders zu erwarten war — würdig gehalten, schön und frei von Uebertreibungen. Hirsch.

Künstliche Glieder. Von Prof. Dr. **Hermann Gocht** (Berlin), Dr. **R. Radike** (Berlin) und Dr. **F. Schede** (München). — Zweite Auflage, mit 689 Textabbildungen. — 1920, Ferdinand Enke, Stuttgart. — 566 S. Preis 48,— M., geb. 58,— M.

Die zweite Auflage des in allen beteiligten Kreisen so gut aufgenommenen Gocht'schen Buches über die künstlichen Glieder hat eine wesentliche Aenderung und Erweiterung erfahren müssen. Das entspricht auch den außergewöhnlichen Fortschritten, welche auf diesem Gebiete gerade in den allerletzten Jahren gemacht wurden. Der allgemeine Teil ist von Gocht bearbeitet. Er befaßt sich mit dem anatomisch-physiologischen Teil, mit der Beurteilung des Amputationsstumpfes und den allgemeinen Fragen über die künstlichen Glieder. Die einzelnen Kapitel sind sorgfältig bearbeitet. Verf. hat alle Punkte klar und übersichtlich dargestellt und sorgfältig alles vermieden, was die Materie überlastet oder schwieriger gestaltet hätte. Der spezielle Teil umfaßt eine Bearbeitung der künstlichen Arme und Hände von R. Radike sowie der Kunstbeine von Schede. Beide Teile bringen zunächst einen historischen Ueberblick und schildern sodann die Konstruktionen der einzelnen jetzt zur Anwendung gelangenden Typen. Auch die Darstellungen durch Radike und Schede zeichnen sich bei aller Gründlichkeit durch Kürze und Prägnanz aus und vermeiden sorgfältig unnütze Erschwerungen. Wesentlich erleichtert wird das Verständnis des ganzen Buches durch die zahlreichen vorzüglichen Abbildungen. Auf Literaturangaben ist verzichtet worden, weil Gocht in der Sammlung „Deutsche Orthopädie", deren zweiter Band die „Künstlichen Glieder" sind, ein besonderes Buch über die orthopädische Literatur, die ja in letzter Zeit eine so gewaltige Ausdehnung genommen hat, herauszugeben beabsichtigt. — Die Ausstattung des vorliegenden Buches ist eine ausgezeichnete. Es dürfte für Orthopäden, Chirurgen, Konstrukteure, Orthopädie-Mechaniker sicherlich der beste Führer und Berater sein. Hirsch.

Dienstbeschädigung und Rentenversorgung. Siebzehn Vorträge, herausgegeben im Auftrage des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen von Prof. Dr. **C. Adam** (Berlin). — Jena, Gustav Fischer, 1919. — 371 S. Preis 17,60 M.

Auf Veranlassung des Zentrakomitees für das ärztliche Fortbildungswesen wurden über die Frage der Dienstbeschädigung und Rentenversorgung im Kaiserin Friedrich-Haus in Berlin 17 Vorträge gehalten und zu dem vorliegenden Band zusammengefaßt. Die Vorträge sind, wie wir das bei dem Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen nicht anders gewohnt sind, von den besten Vertretern der einzelnen Disziplinen gehalten. Hier haben die Kliniker, die als fachärztliche Beiräte im Felde und in der Heimat ihre Erfahrungen gesammelt haben, die Resultate ihrer Forschungen und Beobachtungen niedergelegt. Besonderes Gewicht ist auf die Beurteilung der inneren und Nervenkrankheiten gelegt, die ja besondere Schwierigkeiten machen und besondere Anweisungen und Belehrungen erfordern. Die nächste Zukunft wird noch für eine Reihe von Jahren an den praktischen Arzt die Forderung herantreten lassen, sich mit der Beurteilung der Dienstbeschädignug und zum Teil auch mit Fragen der Rentenversorgung zu befassen. Dazu kommt noch, daß der harte Lehrmeister Krieg auch in der Bewertung von Unfallschäden ein vorzüglicher Lehrmeister war. Die Erfahrungen und Lehren, die man aus den Kriegsbeschädigungen gewonnen hat, werden sich leicht auch auf die Unfallpraxis übertragen lsasen, so daß auch auf diesem Gebiet die vorliegenden Vorträge ausgezeichnete Führer und Berater sein werden. Ihre Sonderausgabe ist eine wertvolle Gabe für die zahlreichen Aerzte, die an dem Gebiet der Kriegsbeschädigungen und der Unfallpraxis ein Interesse haben und denen es nicht vergönnt war, an dem Vortragszyklus selbst teilzunehmen. Hh.

IV. Technische Fortschritte.

Eine künstliche Hand für einen Klaviertechniker.

Im Auftrage der Zweigbeschaffungsstelle für orthopädische Versorgung in Kaiserslautern (leitend. Arzt: Dr. Theodor Mietens) ist von der Firma Emil Huber in Kaiserslautern nach einer Skizze des Patienten für einen Klaviertechniker eine Armprothese hergestellt worden. Nach der Oberarmamputation hatte der Klaviertechniker das Verlangen nach einer Kunsthand, die ihm die Möglichkeit bot, Klaviere stimmen zu können. Diese Aufgabe ist durch die glückliche Kombination von Skizze und Anfertigung sinnreich gelöst worden. Die Finger sind in eine solche Stellung gebracht, daß ihre seitliche Entfernung das Greifen der beim Klavierstimmen hauptsächlich notwendigen Intervalle von Quart, Quint nud Oktav gestattet. (Münch. med. Woch. 1920, Nr. 36.) Hh.

V. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Oberarzt der hiesigen Universitäts-Frauenklinik Prof. Dr. W. Sigwart wurde zum Direktor der neu errichteten gynäkologischen Klinik am Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a. M. ernannt. — Der Direktor im Reichsgesundheitsamt Geh. Reg.-Rat Dr. Wutzdorff wurde auf sein Gesuch verabschiedet, an seine Stelle tritt der Regierungs- und Medizinalrat Dr. Frey in Frankfurt a. O.

Göttingen. Der Zoologe Privatdozent Prof. Dr. Dürken erhielt einen Lehrauftrag für vergleichende und experimentelle Entwicklungsgeschichte.

Bonn. Der ordentliche Honorarprofessor für gerichtliche Medizin und Impftechnik Geh. Medizinalrat Dr. Ungar wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Wiesbaden. Der bekannte Internist Prof. Dr. W. Weintraud, Direktor der inneren Abteilung des hiesigen städtischen Krankenhauses, starb im 55. Lebensjahr. Weintraud war zuerst in Straßburg unter Naunyn, dann in Berlin, wo er sich habilitierte, unter Karl Gerhardt, Oberarzt an der Charité; einige Jahre leitete er die medizinische Universitätspoliklinik in Breslau, bis er 1898 nach Wiesbaden berufen wurde. Seine Arbeiten bezogen sich vorwiegend auf die Stoffwechselkrankheiten.

Rostock. Der Direktor der hiesigen medizinischen Klinik, Prof. Dr. Martius, feierte am 7. September seinen 70. Geburtstag. Gleich vielen anderen medizinischen Universitätslehrern ein Zögling des medizinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Instituts, war M. eine Reihe von Jahren aktiver Militärarzt. Als Stabsarzt beschäftigte er sich zunächst unter H. Kroneckers Leitung mit physiologischen Untersuchungen, wurde dann Assistent an der Berliner Charité unter K. Gerhardt und Privatdozent in Berlin, bis er 1891 als a. o. Professor und Leiter der medizinischen Poliklinik nach Rostock berufen wurde. 1899 wurde er dort zum ordentlichen Professor und Direktor der medizinischen Klinik ernannt. Martius hat nicht nur durch zahlreiche Einzelarbeiten, besonders auf dem Gebiete der Magen- und Herzpathologie, die klinische Medizin gefördert, sondern hat sich auch dadurch Anspruch auf Anerkennung erworben, daß er als einer der ersten den Einseitigkeiten der orthodoxen Bakteriologie entgegentrat und die Bedeutung der Konstitution für die Pathogenese in den Vordergrund rückte. Seine Anschauungen hat er in einem größeren Werk: Pathogenese innerer Krankheiten, zusammenfassend dargestellt.

Hamburg. Der hervorragende Dermatologe Prof. P. G. Unna, seit Begründung der Hamburger Universität ordentlicher Honorarprofessor, feierte am 8. September seinen 70. Geburtstag. Unna hat sich ganz durch eigene Kraft zu einem der Führer der deutschen dermatologischen Wissenschaft emporgearbeitet; seine zahlreichen Arbeiten sind in gleicher Weise der wissenschaftlichen Erforschung der Hautkrankheiten wie ihrer Therapie zugute gekommen. Die Wertschätzung, die er bei seinen engeren Fachgenossen genießt, kommt in zwei umfangreichen, ihm zum 70. Geburtstage gewidmeten Festschriften zum Ausdruck.

Würzburg. Der Privatdozent Dr. Ernst Magnus-Alsleben, 1. Assistent an der hiesigen medizinischen Klinik, wurde zum a. o. Professor und Leiter der medizinischen Klinik ernannt.

Tübingen. Die hiesige medizinische Fakultät verlieh dem Universitätsmechaniker E. Albrecht in Anerkennung seiner, auch der medizinischen Forschung zugute gekommenen Leistungen auf dem Gebiet der Präzisionsmechanik die Würde eines Ehrendoktors.

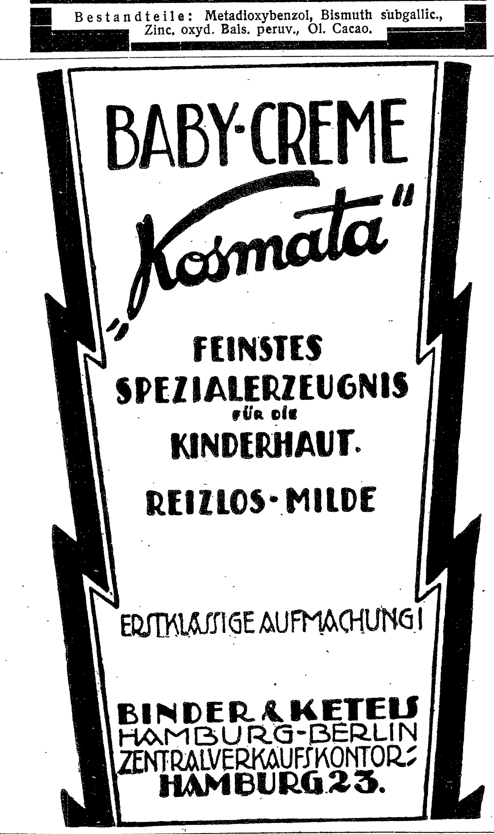
Lausanne. Hier starb Prof. Eperon, Direktor der ophthalmologischen Klinik.

Paris. Im fast vollendeten 90. Lebensjahr starb der Altmeister der modernen Urologie Prof. Felix Guyon, der 40 Jahre hindurch, bis 1907, im Hospital Necker die urologische Abteilung geleitet und durch seine dort gehaltenen, von Aerzten aller Länder besuchten Kurse und Vorlesungen eine internationale Berühmtheit erlangt hat.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Das deutsche Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose hält seine Generalversammlung und Ausschußsitzung am 22. Oktober in Berlin ab. Hauptverhandlungsgegenstand: Was erwarten wir von der reichsgesetzlichen Regelung der Tuberkulosebekämpfung? Für das nächste Frühjahr ist eine größere Tagung zur Feier des 25 jährigen Bestehens des Zentral-Komitees beabsichtigt.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.


BABY-CREME
„Kosmata"
FEINSTES
SPEZIALERZEUGNIS
FÜR DIE
KINDERHAUT.
REIZLOS-MILDE
ERSTKLASSIGE AUFMACHUNG!
BINDER & KETELS
HAMBURG-BERLIN
ZENTRALVERKAUFSKONTOR:
HAMBURG 23.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 25. September 1920 | No. 39

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes


Der
Bonifaziusbrunnen
Bad
Salzschlirf
ist altbewährt
als Heilmittel gegen Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden
Alle Drucksachen frei
durch die Kurverwaltung


Dr. Mayer's
Röntgen-
Specialplatten
sind unstreitig die besten Platten für Röntgenaufnahmen. Höchste Empfindlichkeit, absolut klar, reine Schicht, präzise Wiedergabe der feinsten Strukturen.
Bezugsquelle sämtlicher Chemikalien gebrauchsfertig oder in Substanz.
Dr. Mayer & Rotzler
Fabrik photograph. Platten und Chemikalien
Karlsruhe i. Baden.


Recto-Serol
Merz' Haemorrhoiden-Serum
das Haemorrhoiden Heilmittel
D. R. P.
Neutrale wasserlösliche Serummasse, enthaltend Lösungen von Extr. Hamamelid. virg., Novocain, Alum. acet. tart., Formaldehyd org. gebunden (fettfrei).
Zuverlässig in der Wirkung
Bequem im Gebrauch
Muster und Literatur stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.
GROSSMANN
Frankfurt a. M.
MERZ & Co
Zürich Wien
CHEMISCHE FABRIK

Aachener
Kaiserbrunnen — Kaiserquelle

kohlensäurehaltiges bestes Tafelwasser — *natürliches Thermalwasser zu Haustrinkkuren,*

abgefüllt unter Kontrolle der Stadtverwaltung, wirkt vorbeugend und heilend bei

Rheuma, Gicht, Katarrhen

der Verdauungs- und Atmungs-Organe etc. Brunnenschriften durch Aachener Thermalwasser „Kaiserbrunnen" A. G. Aachen Nord 44

Suche f. m. studierende Tochter, die **Schwestern-Examen** gemacht hat, in Universitätsstadt bei Arzt-Familie freie Station gegen Hilfeleistung in Sprechstunde und bei Operation.

Pastor Nicolassen, Hamburg 37 Sophien-Terrasse.

Hermaphroditismus
verus internus m. menses.

Wir offerieren den Originalabguß der Genitalien eines bekannten Hermaphroditen in **tadelloser Ausführung** zum Preise von **M. 50.—** bei Voreinsendung des Betrags. Bei Nachnahme werden Portospesen extra berechnet.

Naturwissenschaftliches Präparatorium
Stuttgart, Ludwigstraße 26. D.

An unsere Leser!

Im Interesse einer pünktlichen Lieferung unserer Zeitung bitten wir unsere geschätzten Abonnenten, welche unsere Wochenschrift **durch die Post** zugestellt erhalten, **Beschwerden über ausgebliebene Nummern** zunächst an das **zuständige Bestellpostamt** zu richten und dort um **Nachlieferung der fehlenden Nummern** zu ersuchen.

Bleiben **diese Reklamationen erfolglos,** dann wende man sich an den unterzeichneten Verlag, der unverzüglich Abhilfe schaffen wird.

Verlag der Allgemeinen Medizinischen Central-Zeitung
Berlin W 30.



Kalk- u. Phosphathaltiges, leicht verdauliches **Kakaopräparat** zur erfolgreichen Bekämpfung aller auf **rachitischer Grundlage** beruhenden Krankheitserscheinungen.
Wirkt hervorragend ernährend!
Prospekte und Probedosen kostenlos.

Nährmittelfabrik
RICHARD HARTMANN
Chemnitz.



„PRAEVALIDIN"

Campher-Wollfettsalbe mit Wasserstoffsuperoxyd zur percutanen Einverleibung von Campher und Balsam peruvian.

Bestandteile: Campher, Balsam peruvian., Ol. Eucalypt.
Jede Dosis enthält 0,4 g Campher.

Wegen der herzroborierenden, expectorierenden und Appetit anregenden Wirkung indiziert bei Lungentuberkulose, Emphysem, Asthma nervosum, Bronch. chronic., Influenza, Anämie, Skrofulose u. Herzschwächezuständen. Jede Tube enthält 5 Dosen. Genaue Gebrauchsanweis. liegt jeder Tube bei.

Preis der Tube für Erwachsene M. 6,—, für Kinder (halbe Dosis) M. 4,—. Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei in Döhren bei Hannover.

Marienbad.
Häusliche Trinkkuren (auch als Vor- u. Nachkuren).

(Böhmen)

Man verlange nur natürliches Marienbader Mineralwasser und Brunnensalz!

Kreuzbrunnen, Ferdinandsbrunnen, Natürliches **Marienbader Brunnensalz**

Verstopfung, Chron. Magen- und Darmkatarrh, Gallen- und Leberleiden.
Gasblähung. Allgemeine Vollblütigkeitsbeschwerden und Blutüberfüllung im Unterleibe.
Blutdrucksteigerung, Arteriosklerose, Herz- und Nierenleiden (Nierensklerose) usw.
Gicht, Fettleibigkeit, Fettherz, Diabetes.
Frauenleiden und Beschwerden der Wechseljahre.

Rudolfsquelle

Gicht, Rheumatismus, Harnsäure-Diathese, Harngries, Nieren- und Blasensteine, Blasenkatarrhe, chron. Nierenleiden.

Rein natürliche Mineralwässer.

Die Marienbader Heilwässer sind jetzt wieder durch alle Apotheken und Drogenhandlungen, sowie durch unsere Hauptniederlagen / **in Berlin J. F. Heyl & Co.** und **Dr. M. Lehmann** / zu beziehen.
Broschüren usw. kostenlos durch die

Marienbader Mineralwasser-Versendung des Stiftes Tepl.

Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025—0,05 / 0,1—0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05—0,1—0,15 / 0,2—0,25—0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01—0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:

Kreosot 0,05—0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45 %, Haemoglobin 9 %, peptonis. Muskeleiweiß 46 %.

Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:

Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) Jasper 0,05
scat. unam orig.

Nur echt in geschlossener Originalschachtel.

Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
Bernau bei Berlin.

Blutarmut und deren Folgen

auch nach operativen Eingriffen (lang andauernden Erschöpfungszuständen), Neuralgien usw. werden **durch Trinkkur mit**

LEVICO

mit sicherm u. dauerndem Erfolge bekämpft.

Tagesdosis 1—5 Eßlöffel **Levicowasser.**
Ohne Störung der Lebensweise leicht zu nehmen.
Diesjährige, frische, klare Füllung überall erhältlich.

Verordnung durch die Aerzte.

Kurzeit in Levico: Juni — September.

Levico-Vetriolo-Heilquellen G. m. b. H.
Levico.

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W30

Prof. Hugo Neumanns klassisches Werk:

Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten

Briefe an einen jungen Arzt

6. Auflage

herausgegeben von † Prof. Dr. Hugo Neumann u. Dr. E. Oberwarth (Berlin). 666 Seiten. Preis geheftet M. 26.40, elegant gebunden M. 35.20 einschl. Teuerungszuschlag.

Jeder praktische Arzt sollte die Neumannschen Briefe besitzen!

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. SCHERING), Berlin N.

Arthigon Hochgradig polyvalentes Gonokokken-Vakzin zur spezifischen Behandlung gonorrhoischer Komplikationen und wichtiges Diagnosticum (Provokatorische Injektionen). Flaschen mit 6 ccm.

Arthigon extrastark zur Erhöhung der Wirkung der Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Flaschen mit 3 ccm.

Hegonon Reizloses Silbereiweißpräparat von prominenter Wirkung. Hervorragend bewährt bei Gonorrhoe.

Hegonontabletten à 0,25 (Originalröhrchen zu 20 Stück).

Neo-Hormonal Verbessertes Präparat. Spezifisch wirkendes Mittel bei chronischen Obstipationen und postoperativen akuten Darmlähmungen.

Bei Abnahme von 10 Flaschen auf einmal tritt für Krankenhäuser und Kliniken eine wesentliche Preisermäßigung ein.



GASOZAEN

Ung. isoamyl. bihyd. emp.

Das beste ätiotrope und sympt. Mittel zur Tamponadenbehandlung der genuinen Ozaena

Aerztlich in der Charité erprobt und seit Jahren gut bewährt

Literatur: D. m. W. 1917 Nr. 17, 1919 Nr. 11

Preis pro 20 Tamp. M. 13.50

Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt durch

Ignaz Hadra, Germania-Apotheke, Berlin 54



Bestandteile: Metadioxybenzol, Bismuth subgallic., Zinc. oxyd. Bals. peruv., Ol. Cacao.

Dr. Fresenius'

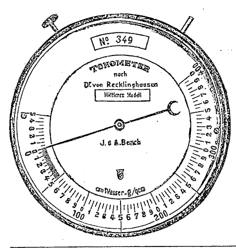
„Ampullen-Wasser“

D. R. W. Z.

(reines steriles Wasser)

nach Vorschrift von Prof. Dr. G. L. Dreyfus, Frankfurt a. M. und unter ständiger Kontrolle des „Georg Speyer-Hauses“, Frankfurt a. M.

Bezugsquelle: Hirsch-Apotheke, Frankfurt a. M., Zeil 111.



Apparate zur Blutdruckmessung am Menschen nach Dr. von Recklinghausen fertigen allein an **J. & A. Bosch, Präzisionsmechaniker** (früher Straßburg Els.), jetzt **Hechingen** Süd-Deutschl. Die Apparate ermöglichen sowohl den maximalen (systolischen) wie den minimalen (diastolischen) Druck schnell u. genau zu bestimmen. — Ausführung in 3 Größen für Blutdruckmessung und 1 Typ für Blutdruckschreibung. **Diese Tonometer u. Tonographen sind in wissenschaftl. u. technischer Durchbildung unerreicht.** Preislisten gratis. Export nach allen Ländern. Correspondenz Deutsch, Englisch und Französisch.





89. Jahrgang Berlin, 25. September 1920 No. 39

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Haben Mineralwässer eine spezifisch diuretische und gewebsauswaschende Wirkung?

Von Dr. Käte Frankenthal, Berlin.

Bei allen Krankheitszuständen, die mit einer Anhäufung von Schlacken im Körper einhergehen, ist die Frage, wie es gelingt, den Körper von diesen Schlacken zu befreien, von der größten Wichtigkeit. Die Ursachen für eine solche Schlackenanhäufung können verschiedener Art sein.

Erstens kann die Menge der mit dem Blute zu den Exkretionsorganen geführten Stoffe vermehrt sein.

Zweitens kann die Ausscheidung bei normalem Angebot verringert sein, und

drittens können die beiden eben genannten Umstände gleichzeitig vorhanden sein.

Die Zustände, die hier in Frage kommen, sind vor allem Folgen von Nierenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und dann gewisse physiologische Zustände. Als solche kommen in Betracht der Durstzustand oder, bei geringer Flüssigkeitszufuhr, die Wirkung trockener Klimata, wie das Wüstenklima.

In allen Fällen ist es Aufgabe der Therapie, für die Entlastung des Körpers von den retinierten Stoffen zu sorgen. Das wird auf verschiedenen Wegen angestrebt. Der Weg, der uns hier interessiert, ist die Auswaschung des Organismus mit Mineralwässern.

Die Frage, ob Mineralwässer eine spezifisch auswaschende oder eine die Auswaschung begünstigende spezifisch diuretische Wirkung haben, ist noch immer umstritten.

Aus der Arbeit Bickels, in der er seine in Aegypten angestellten Versuche mitteilt, geht hervor, daß im Wüstenklima bei ungenügender Wasserzufuhr N und NaCl retiniert werden können. Von 4 Versuchspersonen blieben 3, die in reichlicher Menge Fachinger Wasser tranken, bis auf eine leichte Neigung zur NaCl-Retention im Stoffwechselgleichgewicht. Die vierte Versuchsperson dagegen kam bei spärlichem Genuß von Fachinger Wasser aus dem Gleichgewichtszustande heraus, in eine stark positive Bilanz.

Aehnliche Verhältnisse wie beim Wüstenklima liegen auch beim Durste vor.

Ich habe nun zunächst einmal genau experimentell die durch den Durst erzeugten Stoffwechselstörungen und vor allem die dabei auftretenden Retentionen untersucht, da die Angaben in der Literatur widersprechend waren. Dabei ging ich von der Ansicht aus, daß der Durstzustand ein geeigneter Ausgangspunkt für die Prüfung der Frage nach der spezifischen auswaschenden Wirkung der Mineralwässer sein könnte. Ich fand in meinen Versuchen beim Hunde eine weitgehende Wasserverarmung des Organismus im Durste. Allein die Menge des durch die Nieren ausgeschiedenen Wassers übertraf bei weitem die Menge des mit der Nahrung zugeführten.

Die Konzentration des Urins stieg im Beginn des Durstversuches stark an, gleichzeitig wurden erhebliche Mengen von N und Cl retiniert. Bei längerer Dauer, und vor allem bei häufiger Wiederholung der Durstprozedur in kurzen Abständen wurde die tägliche Retention immer geringer, immerhin gelingt es aber durch starkes, kurzfristiges Dursten den Körper mit Schlacken anzureichern. Es war also der in den Durstzustand gebrachte Körper ein gutes Objekt, die auswaschende Wirkung der Mineralwässer zu studieren.

Ein anderer Weg, der zu dem Ziele führt, den Körper mit Schlacken anzureichern, ohne daß man ihn dabei austrocknen braucht, ist die Zufuhr von Schlacken per os.

Es wäre naheliegend, die Frage nach der Auswaschung des Organismus am kranken Menschen zu studieren, das ist aber nicht mit der nötigen Genauigkeit möglich, einmal, weil der Krankheitszustand ja nicht stationär ist. Eine spontane Schwankung wird dabei leicht zu Unrecht auf die therapeutischen Maßnahmen zurückgeführt. Andererseits muß sich ein exakter Stoffwechselversuch immer über längere Zeit ausdehnen, und es ist, besonders in der jetzigen Zeit, sehr schwierig, einen Menschen so lange bei einer genau analysierten Standarddiät zu erhalten.

Ich ließ zunächst also einen Hund abwechselnd stark dursten und gab dann relativ große Mengen von Flüssigkeit, und zwar 1. Fachinger Wasser, 2. Niederselterser und 3. gewöhnliches Wasser. Durch diese Versuchsanordnung wurden Vergleichswerte geschaffen, um festzustellen, ob die Mineralwässer dem gewöhnlichen Wasser in bezug auf Auswaschung überlegen sind.

Im ersten Vorversuche hatte das Tier bei 5 Tage langem Dursten 6,86 g N und 13,36 g NaCl retiniert und hatte durch die Nieren 300 ccm Wasser mehr ausgeschieden, als es zugeführt bekommen hatte.

Am ersten Trinktage wurden 1300 ccm Fachinger gegeben und nur 240 ccm Urin produziert. Das Wasser wurde also in erster Linie benutzt, um die ausgetrockneten Gewebe wieder auf ihr normales Flüssigkeitsniveau zu bringen.

Vom zweiten Tage an trat eine Harnflut ein, die sich aber durchaus in den Grenzen hielt, die der zugeführten Flüssigkeitsmenge entsprechen. Der Quotient aus Nahrungswasser und Urin beträgt in dieser ganzen Periode, wenn man den ersten Tag, der zum Ersatz des Wasserdefizits benutzt wurde, nicht mitrechnet, durchschnittlich 100:76, mit dem ersten Tage sogar nur 100:68. Keineswegs hat also das Fachinger Wasser hier eine diuretische Wirkung gehabt in dem Sinne, daß es zu einer Wasserentlastung des Organismus führte,

Eine solche Wirkung wäre aber allein als echte Diurese anzusehen. Daß die Nieren auf ein stärkeres Angebot mit einer stärkeren Ausscheidung antworten, ist ja ein selbstverständlicher Erfolg, der bei jeder vermehrten Flüssigkeitszufuhr eintreten muß.

Die N-Bilanz war in dieser Periode im Gleichgewicht. In den ersten Tagen traten negative Zacken auf, die aber nur auf eine Ausspülung der im Durste retinierten Schlacken zu beziehen sind. Ein vermehrter Eiweißzerfall kommt nicht in Frage, da die P_2O_5-Ausscheidung nicht entsprechend erhöht war. Da aber trotz dieser negativen Zacken die Gesamtbilanz $\pm$ O war, so müssen sich während der Trinktage wieder neue Schlacken gebildet haben, die bis zum Schluß der Periode noch nicht vollständig ausgeschieden waren.

Die NaCl-Ausscheidung verhielt sich ebenso, wie Bickel es beim Wüstenklima angibt und wie ich es auch im Durste fand. Bei der reichlichen Zufuhr wurden erhebliche Mengen retiniert, bei NaCl-Entziehung wurde Salz vom Organismus abgegeben.

Bei einer Wiederholung des Versuches mit Fachinger Wasser, der sich wieder an eine Durstperiode anschloß, wurde dem Futter an 2 Trinktagen je 10 g Harnstoff zugelegt. Die Ausscheidung dieser Schlacken erfolgte ziemlich vollkommen am selben Tage der Zufuhr. Gleichzeitig mit der Harnstoffzulage wurde auch die NaCl-Zufuhr erhöht. Unter dieser doppelten Einwirkung trat plötzlich an einem Tage unter Anstieg der Urinmenge eine kräftige Ausschwemmung von NaCl ein. An den übrigen Tagen verlief die Kurve wie gewöhnlich, bei reichlicher Zufuhr Retention, bei knapper Zufuhr langsame Ausschwemmung.

Das Niederselterser-Wasser zeigte dasselbe Verhalten wie das Fachinger Wasser. Am ersten Tage Wasserretention durch die ausgetrockneten Gewebe, vom zweiten Tage an eine der Flüssigkeitszufuhr entsprechende Urinvermehrung, aber keine Diurese im vorhin definierten Sinne. Der Ausscheidungsquotient war 100:84, mit Einschluß des ersten Tages nur 100:71. N wurde nur am ersten Trinktage etwas ausgeschwemmt, NaCl bei hoher Zufuhr retiniert.

Im Vergleichsversuch mit gewöhnlichem Wasser leistete dieses in bezug auf Diurese und Schlackenausfuhr genau dasselbe wie die beiden Mineralwässer. Der per os zugeführte Harnstoff wurde am selben Tage vollständig ausgeschieden; NaCl wurde bei knapper Zufuhr ausgeschwemmt, bei erhöhter Zufuhr retiniert. Die Urinmenge erfuhr vom zweiten Trinktage an einen der Flüssigkeitszufuhr entsprechenden Anstieg. Es war also sowohl in bezug auf Diurese wie auf Schlackenausfuhr das gewöhnliche Wasser dem Fachinger und dem Niederselterser-Wasser völlig gleichwertig.

In einem anderen Versuche gab ich einem Hunde von vornherein ausreichend Wasser, so daß eine Austrocknung der Gewebe und eine Retention von Schlacken nicht in Betracht kam. Dann untersuchte ich den Einfluß einer vermehrten Durchspülung mit gewöhnlichem Wasser, mit Schlangenquelle und mit der Elster Salzquelle. Die Grunddiät enthielt hier 1000 ccm Wasser, die Zulage an Spülwasser betrug jedes Mal 800 ccm. Der Hund bekam also in den Spültagen 1800 ccm Flüssigkeit, und zwar in zwei Perioden je 1000 ccm gewöhnliches Wasser und 800 ccm Mineralwasser, in der dritten Periode 1800 ccm gewöhnliches Wasser. Zwischen zwei Perioden mit dieser hohen Flüssigkeitszufuhr wurde immer wieder eine Periode mit mäßiger Zufuhr, d. h. mit 1000 ccm Wasser, eingeschaltet, so daß sich der ganze Versuch über 7 Wochen hinzog. In jeder Periode wurde an verschiedenen Tagen eine Zulage von je 10 g Harnstoff und von je 5 g NaCl gegeben, und die Ausscheidungsverhältnisse beobachtet und verglichen. Auch hier war keine Ueberlegenheit der Mineralwässer gegenüber dem gewöhnlichen Wasser nachweisbar. Eine Diurese im Sinne einer Wasserentlastung trat in keinem Falle ein. Dagegen wurde die Erhöhung der Flüssigkeitszufuhr stets mit einem sofortigen, der Flüssigkeitsmenge entsprechenden Ansteigen der Urinmenge beantwortet. Eine Austrocknung des Organismus, wie im ersten Versuche, lag ja nicht vor, so daß die vermehrte Flüssigkeitszufuhr sich schon am ersten Tage geltend machen konnte. Die Harnstoffzulage wurde stets am gleichen Tage, die NaCl-Zulage im Laufe von zwei Tagen ausgeschieden. Auch bei der mäßigen Zufuhr von 1000 ccm gewöhnlichen Wassers erfolgte die Ausscheidung mit der gleichen Schnelligkeit wie mit der Mineralwasserzulage. Nur bei der Elster Salzquelle war die Ausscheidung der NaCl-Zulage schon am ersten Tage beendet. Daraus kann man aber noch nicht auf eine spezifische Wirkung des Mineralwassers schließen; denn eine ebenso schnelle Ausscheidung ist von anderen Untersuchern häufig auch unter Einwirkung gewöhnlichen Wassers beobachtet worden.

Einen letzten Versuch stellte ich noch an, um die Einwirkung der verschiedenen Kationen zu beobachten. Zu dem Zwecke versetzte ich gewöhnliches Wasser nacheinander mit Ca, K und Na-Bikarbonat in der Menge von 2,8 g ‰. Von diesem so angereicherten Wasser gab ich jedesmal 1800 ccm. Das Na-Salz hatte keine Einwirkung, dagegen setzte das K- und das Ca-Salz die Urinausscheidung deutlich herab. Der Ausscheidungsquotient war dabei 100:60 resp. 100:59.

Alle meine Versuche ergeben, daß die Auswaschung der Gewebe im allgemeinen gewährleistet ist, wenn man gewöhnliches Wasser in ausreichender Menge gibt.

Insbesondere für die Ausscheidung der löslichen Schlacken konnte bei keinem der hier geprüften Mineralwässer eine spezifische Wirkung festgestellt werden.

Auch die Auswaschung der NaCl-Schlacken geschah durch gewöhnliches Wasser in gleicher Weise wie durch die Mineralwässer.

Ebenso war eine Diurese im Sinne einer Wasserentlastung des Körpers in keinem Falle nachzuweisen.

Aus alledem geht hervor, daß man bei der Beurteilung der Mineralwässer die Wasserwirkung von der Salzwirkung trennen muß.

Die Beeinflussung der Harnmenge und die Ausschwemmung gelöster Stoffe aus den Geweben ist eine allgemeine Wasserwirkung und darum für kein Mineralwasser spezifisch.

Die Zulage von Mineralstoffen zu dem Wasser kann diese auswaschende Wirkung und die Diurese unbeeinflußt lassen, sie kann aber unter Umständen auch die Auswaschung auf dem Umweg über eine Verminderung der Diurese schädigen. So scheint z. B. der Zusatz von Ca die Wasserausscheidung herabzusetzen. Die hier gestellte Frage, haben Mineralwässer eine gewebsauswaschende Wirkung, kann also in präziser Weise dahin beantwortet werden, daß eine solche Wirkung allen Mineralwässern zusteht, daß sie aber nichts Spezifisches für Mineralwässer ist, soweit es sich um lösliche Körperschlacken handelt. Dabei wird die Einschränkung gemacht, daß die auswaschende Wirkung durch eine Verminderung der Diurese infolge eines bestimmten Mineralgehalts (z. B. Ca) unter Umständen auch geschädigt werden kann. Es wäre also, im Hinblick auf die a u s w a s c h e n d e Wirkung, mit der genannten Einschränkung, an sich gleichgültig, welches Wasser man in einem bestimmten Falle gäbe, wenn nicht für die Wahl eines Mineralwassers schließlich doch die Erwägung ausschlaggebend bleiben müßte, ob man durch seinen Gehalt an M i n e r a l s t o f f e n eine günstige Beeinflussung des vorliegenden Krankheitszustandes erwarten kann, vielleicht vorhandene unlösliche Schlacken löslich macht, wie das die bekannten Pfeifferschen Versuche bei der Gicht für die Salze des Fachinger Wassers wahrscheinlich machen, und ob man auf der anderen Seite mit dem Wasser dem Körper nicht an Mineralien Stoffe zuführt, die in dem betreffenden Falle gerade vermieden werden sollen.

Nur Erwägungen dieser Art können es sein, die die Wahl des geeigneten Mineralwassers bestimmen, wenn man die Gewebe auswaschen will.

Die Auswaschung selbst erfolgt aber nicht durch den Salzgehalt der Mineralwässer, sondern wird vom Wasser als solchem besorgt.

Die Mechanotherapie der Amputierten.

Von Sanitätsrat Dr. **Max Blumenthal** (Berlin).

(Schluß.)

II.

Gestatten Sie nunmehr einige Bemerkungen über die mechanische Stumpfbehandlung im allgemeinen und die Nachbehandlung der nach Sauerbruch-Vanghetti Operierten.

Der Wunsch, S c h r u m p f u n g e n der Stümpfe herbeizuführen, spielt, besonders an den Beinstümpfen, immer noch eine recht große Rolle, und es gilt vielfach als ein besonders erstrebenswertes Ziel, wie auch aus der letzten Veröffentlichung eines großen Berliner Amputierten-Lazarettes (Fuchs) hervorgeht, schnell eine Atrophie aller Muskeln herbeizuführen, welche nicht zur direkten Bewegung der Prothese benötigt werden. Ich finde diesen Standpunkt zu verschwenderisch. E r s t l i c h dient ein mit Muskeln wohl bedeckter Stumpf in viel besserer Weise der Führung einer Prothesenhülse, in der Voraussetzung, daß seine Muskulatur für den Zweck eingeübt ist. Der Amputierte ist alsdann imstande, durch Anspannen derselben die Hülse nach Belieben fester und weniger fest auszufüllen. Für Oberarm-Amputierte ist die Erhaltung einer kräftigen Muskulatur ganz besonders wichtig für die Sichelbewegungen im Kunstarm. Neben Massage und Uebungen sind besonders auch Faradisationen und die Benutzung des Myomotors zur Erhaltung der Muskulatur dienlich.

Als z w e i t e s w i c h t i g e s M o m e n t spricht für die Erhaltung der Stumpfmuskulatur die Möglichkeit ihrer direkten Ausnutzung für die B e w e g u n g von Prothesen, sei es u n b l u t i g durch Vermittelung der Aenderung des Volumenumfanges des Gliedes durch Muskelkontraktion (Botzenberg), „Muskelschub" (Blumenthal), durch den „unblutigen Anschluß" (Böhm) resp. durch oder auf operativem

Wege durch Kanalisation, Bildung von Sehnenschlingen oder Sehnenknöpfen. Spätere Entscheidungen über die Wahl der anzuwendenden Methode werden dem Amputierten unmöglich gemacht, wenn von vornherein auf Erzielung der Muskelatrophie ausgegangen wird. Wir sind auf diesem hier berührten Gebiet noch nicht zum völligen Ende und zur völligen Klärung vorgedrungen, und so mancher Amputierte wünscht noch später die Vorteile neuer Methoden auszunutzen. Dieses gilt besonders auch für die unteren Extremitäten; hierauf näher einzugehen, so interessant es wäre, muß ich mir versagen. — Als ein Beispiel, wie lohnend eine von vornherein einsetzende intensive systematische Muskelpflege ist, möge der Fall eines Mannes dienen, der als ein in der Schulter frisch Exartikulierter und mit großen hängenden Weichteillappen in meine Behandlung kam; von Anbeginn wurden trotz der großen Wunde die zurückgebliebenen Muskeln energisch geübt mit dem erfreulichen Resultat, daß er nach geschehener Kanalisierung des Weichteillappens Kunstarm und Arbeitsklaue betätigen und die Zügel des Pferdes bei seinen Fahrten auf dem Lande mit der Arbeitsklaue regieren kann. (Verhandlungen auf dem Wiener Kongreß 1918.)

Von ganz besonderer Bedeutung für die Einübungen der Muskeln sowohl für dieses Stadium als auch späterhin ist ferner die von Bettmann empfohlene psychogene Stumpfgymnastik, bei welcher der Amputierte angehalten wird, systematisch die Bewegungen der in Verlust geratenen Glieder zu intendieren und zwar auf Kommando; wir wissen, wie dankbar die Amputierten auf diese Uebungen eingehen. Herr Leutnant Ohly kombiniert sie in seiner Einarmschule auch mit gleichzeitigem Pressen einer federnden Sandowhantel durch die gesunde Hand während der gleichzeitig rechts und links geübten Bewegungen.

Nach geschehener Kanalisation der Muskeln resp. der Herstellung von Sehnenschlingen tritt die mechano-therapeutische Vorübung für den speziellen Zweck der Prothesenbedienung in den Vordergrund; die Länge des durch die Muskelkontraktion zu erzielenden Weges und ihre Kraft sind zu steigern, auch sind die verschiedenen kanalisierten Muskeln darauf einzuüben, unabhängig voneinander zu arbeiten. Diesen Zwecken dienen verschiedene Vorrichtungen vom einfachen Heben von Gewichten bis zu den komplizierteren feststehenden Apparaten, wie sie von Spitzy, Bethe, Biesalski u. a. angegeben sind. Die von mir angegebenen einfachen „Uebungsarme" (Berl. Kl. Woch. 1919, Nr. 45) sind jetzt vielfach im Gebrauch und geben den Amputierten die Möglichkeit, auch unabhängig von einem feststehenden Apparat, in der Heimat und auf Urlaub, sozusagen bei Tag und Nacht, ihre Muskeln einüben zu können, wobei sie jederzeit die aufgewendete Kraft sowie den erreichten Weg von einer Skala ablesen können. Erst diese vorherigen Einübungen der Muskulatur befähigen die Amputierten in vielen Fällen, ihre Prothesen in Bewegung zu setzen. Nach Fertigstellung der Prothesen muß natürlich die weitere Uebung in diesen fortgesetzt werden.

III.

Haben wir uns bisher mit der direkten mechano-therapeutischen Behandlung und Nachbehandlung der Amputierten beschäftigt, so wenden wir uns jetzt noch kurz der indirekten, der funktionellen, Mechano-Therapie, der Therapie der eigenen Betätigung, zu.

Gehschulen sind resp. waren in allen Amputierten-Lazaretten eingerichtet, ihre Einrichtungen sind allmählich zu hoher Vollkommenheit entwickelt worden; Balancierübungen mit Stand auf dem gesunden und kranken Bein, Gangübungen auf den verschiedensten Terrains, zunächst mit dem Behelfsbein, später mit der Prothese usw. tragen oft in höherem Grade zur Wiederbeherrschung der Glieder bei, als alle bisherigen sonstigen Behandlungsmethoden; die Freude an der Wiedergewinnung des Lebens, am Wiedermittun-Können, spornt mächtig an — wenigstens zunächst. Auch die reinen Sportsübungen wie das Springen auf einem Bein, Ball- und andere Spiele, allgemeine Freiübungen, Sportkämpfe usw. werden gepflegt.

Bei den Arm-Amputierten tritt vor allem die Beschäftigungs- und Arbeits-Therapie in den Vordergrund. Auf sie — nach der technischen Entwicklung, welche sie erreicht hat — an dieser Stelle auch nur andeutungsweise einzugehen, muß ich mir versagen; wer die letzten Arbeiten Schlesingers, Barths und anderer gelesen hat, weiß, was für riesenhafte Leistungen auf diesem Gebiete vollbracht worden sind. Uns interessiert hier vor allem die Einschulung der körperlich und psychisch behinderten Gelenke, nicht zum wenigsten bei der Arbeitstherapie mit nackten, resp. nicht mit Prothesen versehenen Gliedmaßen, alsdann die Zweckleistung mit Prothesen auf den verschiedensten Gebieten der Gewerbe, der Landwirtschaft und Fabrikarbeit.

Der Begriff der Zweckarbeit bildet aber andererseits auch die Grenzen der Leistungsfähigkeit dieser Methoden für die Gesamtleistung des Körpers. Erst wenn der Arbeitstherapie auch die Sporttherapie zur Seite steht, kann eine genügende Ertüchtigung der Gliedreste wie auch des ganzen Körpers und auch eine genügende Ausnutzung der Prothesen erwartet werden. Dabei ist dem Sport jeder Art von Amputierten besonderes Interesse zuzuwenden und auf diesem Gebiete alles zu tun, was irgend möglich ist. An zahlreichen vorbildlichen Leistungen fehlt es nicht; ich erinnere nur an die Tätigkeit von Mallwitz u. a., vor allem auch an die Bestrebungen der Herren Freiherr v. Rünsberg und Prof. Rissom in Heidelberg und Ettlingen, welche mit Amputierten-Sports- und Wett-Festen vorangegangen sind.

Wie aber stehen nun, möchte ich rückblickend fragen, die Amputierten, also diejenigen, welche es zunächst angeht, allen unseren Bestrebungen gegenüber? Es gibt, glaube ich, wohl kaum einen Arzt oder sonst mit der Sache der Amputierten intensiv Beschäftigten, welchen nicht zeitweise bei der Aufwerfung dieser Frage der Mut verlassen hat. Solange die Amputierten in den Lazaretten weilen oder in anderen besonderen Anstalten, solange kann man einigermaßen auf ihre Mitarbeit in den sie betreffenden Fragen rechnen. Haben sie aber das Lazarett verlassen, so wirkt es oft geradezu grotesk, mit welcher Indolenz sich die meisten allen den eifrigen Bestrebungen entziehen, sie zu fördern —, mit Ausnahme der direkt auf ihr nächtliegendes materielles Wohl gerichteten. Nur wenige sind es, welche mit Verständnis, ich will nicht etwa sagen, mit Dankbarkeit — alle die verschiedenen Hilfsmittel ausnutzen, welche ihnen dargeboten werden.

Es ist nicht möglich, bei der Feststellung dieser bekannten Tatsachen stehen zu bleiben, ohne sich zugleich zu fragen: Wo liegt der Fehler? Und wenn wir ihn finden, kann er behoben werden?

Wir wollen versuchen, auf diese Fragen zu antworten.

Wenn der Amputierte nach seiner Entlassung und womöglich seiner ersten Versorgung wieder in dem Menschenstrom untertaucht, so richten sich seine Bestrebungen vor allem darauf, es den Anderen, Glücklicheren, wieder gleich zu tun, im Genuß und in der Arbeit. Nur wenigen gelingt dies. Bei den meisten ist der Erfolg ein tiefer Pessimismus. Dieser ist die Quelle der häufig so auffallenden Indolenz, der Abgestumpftheit. Das Verweilen unter den anderen tätigen und genußfreudigen Menschen führt den meistens sonst körperlich gesunden Leuten fast jede Minute vor Augen, daß ihr Schaden ein unwiderbringlicher ist; der Befriedigung auf der einen Seite folgt mindestens auf einer anderen Seite der Mißerfolg; auch liegt es ja sonst in der menschlichen Natur, gerade das am meisten zu wünschen, was wir nicht haben können. Dazu kommt noch die Aufgewühltheit unserer Zeitverhältnisse.

Demgegenüber gibt es aber ein Mittel, was wir versuchen sollten, um dieser Niedergeschlagenheit entgegenzutreten, ich meine den Zusammenschluß der Amputierten untereinander zu sportlichen Zwecken, ein Zusammenschluß, der von der Oeffentlichkeit in ausgiebigster und freigebigster Weise begünstigt werden sollte. Man kann annehmen, daß ein derartiger Zusammenschluß im kleinen an verschiedenen Punkten alsbald seine Zugkraft nicht verfehlen würde; das Leben unter den Gleich-Leidenden, wie man es auch in Krüppel-Anstalten sieht, hebt den Mut und das Selbstbewußtsein durch gegenseitigen Trost und gegenseitiges Vorbild. Reguläre Sportveranstaltungen, wie sie — allerdings immer noch im Lazarettrahmen — von dem Berliner Turnlehrer Rossow aus Ettlingen beschrieben worden sind, müssen in freier Tätigkeit geschaffen werden, in Sportsgymnasien für Amputierte; die Veranstaltungen sollten in jährlichen Sports- und Wettkämpfen ihren Gipfelpunkt finden. Ein ärztlicher, gut geschulter Fachbeirat müßte stets den Vereinigungen zur Seite stehen.

So würden die Amputierten auch wieder ihre Verdrossenheit ein wenig verlieren und sich vielleicht auch mehr darauf besinnen, aus ihren Prothesen das möglichste für ihren Nutzen herauszuholen, sowie bei allen Schädigungen, welche ihren Stumpf treffen, rechtzeitig ärztliche Hilfe aufzusuchen. Das letztere, das Aufsuchen der ärztlichen Hilfe, insbesondere behufs mechano-therapeutischer Nachbehandlung, ist ihnen allerdings von den Behörden bisher nicht gerade erleichtert worden, doch ist zu hoffen, daß bei der bevorstehenden Umwälzung im Versorgungswesen auch dieser Punkt schließlich in befriedigender Weise geregelt wird.

II. Referate.

Versicherungswesen.

Reg.-Rat Dr. **Wiegand** (Berlin): **Höhe der Unfallrente bei Verlust der Sehkraft eines Auges nach eingetretener Gewöhnung.** (Zeitschr. für ärztl. Fortbildung 1920, Nr. 17.)

Bei dem Verlust eines Auges wird in der Regel eine Rente von 25 Prozent als angemessen erachtet. Nach der Recht-

sprechung des Reichsversicherungsamtes kommt jedoch eine höhere Rente, etwa 33⅓ Prozent, in Frage bei Berufszweigen, die an die Sehkraft besondere Ansprüche stellen sowie bei Berufszweigen, bei denen das gesund gebliebene Auge besonderen Schädlichkeiten ausgesetzt ist. So wurde die erhöhte Rente einem Drahtzieher, einem Schmiede, einem Kohlenhauer, einem Former und einem Monteur bewilligt, letzterem, weil sein Beruf ein besonders genaues Sehen verlangt, den anderen, weil bei ihrem Beruf die Augen besonders gefährdet sind. Einem Steinbrecher wurde die erhöhte Rente nicht bewilligt, weil bei ihm weder erhöhte Schärfe des Sehens verlangt wird, noch die Augen besonders gefährdet sind, da er das harte Gestein nicht mit Schlagwerkzeugen bearbeitet, sondern mit Brechstangen oder durch Sprengung löst; ebenso wurde bei einem Stanzer angenommen, daß er keine Präzisionsarbeit verrichtet und daher keine besonderen Ansprüche an das Auge gestellt werden. Hh.

Innere Medizin.

Prof. Dr. **W. Stöltzner** (Halle a. S.): **Zur diätetischen Behandlung der Tuberkulose.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 34.)

Verf. macht darauf aufmerksam, daß man bisher bei der diätetischen Behandlung der Tuberkulose ausschließlich die Gewichtszunahme ins Auge gefaßt hat, während man auch auf die Art der Ernährung Rücksicht nehmen muß. Er ist der Ansicht, daß eine reichliche Zufuhr von Kohlehydraten die Tuberkulose ungünstig beeinflußt. Untersuchungen ververschiedener Autoren haben gezeigt, daß Fleischnahrung die Resistenz gegen die Tuberkulose erhöht, und zwar zeigt sich das nur bei Darreichung von frischem, nicht aber von ausgelaugtem Fleisch. Der Gedanke lag nahe, die günstige Wirkung des Fleisches den Purinstoffen zuzuschreiben, zumal die Meinung weit verbreitet ist, daß Gichtkranke auffallend selten tuberkulös werden. Langjährige Versuche des kritischen Verfassers haben ergeben, daß die mehr oder weniger saure Beschaffenheit der Nahrung den Verlauf der Tuberkulose gänzlich unbeeinflußt läßt; dagegen hat er durch seine Versuche den Eindruck gewonnen, daß eine purinreiche Kost dem Tuberkulösen vorteilhafter ist als eine purinarme Ernährung. — Die Untersuchungen dürften in der Bekämpfung der Tuberkulose eine bedeutende Rolle spielen und sollten namentlich in den Lungenheilstätten genaueste Beachtung finden. Hh.

Dr. **A. J. Ochsner** (Chicago): **Die Behandlung der Malaria.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1920, Nr. 25.)

Auf Grund theoretischer Ueberlegungen gelangte Verfasser dazu, eine Behandlungsmethode der Malaria auszuarbeiten, die er in Mexiko in einer Malariagegend in etwa 20 Jahren erprobt hat. Die Methode ist folgende: Am Abend vor Beginn der Behandlung ist ein Abführmittel, am besten Rizinusöl, zu geben. Während der Behandlung wird der Patient durch kräftige Suppen, welche reichlich Reis, Gerste, Gemüse usw. enthalten, ernährt. Während 48 Stunden erhält der Kranke zweistündlich Tag und Nacht 0,15 g Chinin und trinkt ¼ Liter heißes Wasser nach, um sofort das Chinin zu lösen. Die nächsten 6 Tage und Nächte, also vom 3. bis 8. Tage, wird absolut kein Chinin gegeben, um die Sporen in der Entwicklung nicht zu hindern. Am 8. Tage wird nochmals ein Abführmittel gegeben, und am 9. und 10. Tage gibt man wieder zweistündlich 0,15 g Chinin Tag und Nacht, immer mit ¼ Liter heißen Wassers. Vom 3. bis 8. Tage ist es gut, dreistündlich kleine Dosen Arsen zu geben. Nach Beendigung dieser Kur gibt man einige Wochen lang ein Tonicum und schützt den Patienten vor infizierten Mücken. Bei peinlicher Befolgung dieser Vorschriften wird nach Verfasser sicher Heilung erzielt. L.

Prof. Dr. **A. Bacmeister** (St. Blasien-Freiburg i. B.): **Erfahrungen mit dem Friedmann'schen Tuberkulosemittel bei Lungentuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 24.)

Diesem Bericht liegen 35 vom Verfasser beobachtete Fälle zugrunde, von denen zwei früher von Friedmann selbst seine Einspritzung bekommen hatten und später zu B. in Sanatoriumsbehandlung kamen; in den übrigen Fällen hat B. selbst das Friedmann'sche Mittel eingespritzt. In dem ersten Fall fand sich 3 Jahre nach der Friedmann-Einspritzung erhebliche Verschlechterung des Lungenbefundes, Uebergreifen der Tuberkulose auf beide Hoden und die Harnwege, in dem zweiten Fall war das Ergebnis der Friedmann'schen Behandlung: Verschlechterung des Lungenbefundes, Zerfallserscheinungen, schwerste lebensgefährdende Blutungen zwei Monate nach der Einspritzung. Auch auf Grund der von ihm selbst behandelten Fälle kann B. eine sichere Heilwirkung des Friedmann'schen Mittels nicht anerkennen. Eine dauernd gesteigerte Immunität gegen die Tuberkulose, ein Schutz gegen die Krankheit und Bildung neuer Herde tritt nicht ein. Verfasser berichtet über einige Fälle, in denen Monate nach der Einspritzung eine schwere, fortschreitende metastatische Tuberkulose in bis dahin gesunden Lungenteilen oder sogar in anderen Organen (z. B. in den inneren weiblichen Genitalorganen) sich entwickelte. Eine spezifische Wirkung, die zu Herdreaktionen führt, besitzt das Friedmann'sche Mittel allerdings. In diesen Herdreaktionen liegt vielleicht ein heilungsbeförderndes Moment. Bei der Knochentuberkulose, bei der größere Dosen des Mittels zur Anwendung kommen, ist daher nach Verf. ein günstiger Einfluß möglich. Bei der Lungentuberkulose sah er mehrfach eine vorübergehende günstige Wirkung, die sich besonders subjektiv bemerkbar machte, eine dauernde, heilungsbefördernde Einwirkung konnte er nicht feststellen.

Prof. Dr. **H. Selter** (Königsberg): **Die antigene Wirkung der Friedmann-Bazillen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 24.)

Das Friedmann'sche Mittel besteht aus einer Aufschwemmung von lebenden, einer besonderen Art angehörenden Schildkrötentuberkelbazillen, welche nach Friedmann den Säugetiertuberkelbazillen nahestehen und auch den menschlichen Tuberkelbazillen homologe Antigene enthalten sollen, worauf ihre Wirkung beruhe, im Gegensatz zu den säurefesten Saprophyten. Da nach Verfasser das bisher vorliegende experimentelle Material nicht genügt, um diese Behauptung zu stützen, so beschäftigte sich S. selbst mit der experimentellen Untersuchung dieser Frage, und zwar benutzte er zu seinen Versuchen Meerschweinchen. Er prüfte erstens, wie sich die mit Friedmann-Bazillen vorbehandelten Meerschweinchen gegen eine subkutane Infektion mit humanen Bazillen verhalten, ob bei ihnen dieselben örtlichen Immunitätserscheinungen beobachtet werden, wie bei der Reinfektion tuberkulöser Meerschweinchen. Zweitens wurden mit Friedmann-Bazillen vorbehandelte Meerschweinchen mit geringen Mengen humaner Bazillen geimpft, um die Schutzwirkung zu untersuchen. Drittens wurde die Einwirkung der Friedmann-Bazillen und eines daraus hergestellten Tuberkulins auf stark tuberkulöse Meerschweinchen festgestellt. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verfasser zu der Schlußfolgerung, daß es sich bei den Friedmann-Bazillen um gewöhnliche Kaltblütertuberkelbazillen handelt, die dem Menschen oder dem tuberkulösen Warmblüter gegenüber nur die Rolle von säurefesten Saprophyten haben. Sollte eine Wirkung im menschlichen Körper vorhanden sein, so könnte es sich nur um eine unspezifische Wirkung durch irgend welche säurefesten Bakterien handeln. Die Behandlung mit dem Friedmann'schen Mittel würde demnach eine unspezifische Vakzinetherapie darstellen; dann müßte es auch gleichgültig sein, ob man Friedmann-Bazillen doer andere säurefeste Bazillen anwendet. L.

Dr. **R. Güterbock** (Berlin): **Zur Behandlung der Lungen- und Bronchialtuberkulose nach Friedmann.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 20.)

Dr. **Alexander v. Barcza** (Budapest): **Tuberkuloseheilung mit dem F. F. Friedmann'schen Mittel in Ungarn. Beobachtungen von 1913-14 bis 1920.** (Ibidem.)

San.-Rat **Victor Bock** (Charlottenburg): **Weitere Erfahrungen mit dem Friedmann'schen Heil- und Schutzmittel gegen die Tuberkulose.** (Ibidem.)

Dr. **Melhorn** (Landsberg-Warthe): **Kurze Uebersicht über 230 Friedmann-Impfungen.** (Ibidem.)

Sämtliche 4 Autoren sprechen sich für das Friedmann'sche Mittel aus, Güterbock allerdings nicht unbedingt. Er hat 34 Kinder und 24 Erwachsene mit dem Mittel behandelt. Bei allen Kindern mit Ausnahme von zwei war der Erfolg deutlich. Weniger günstig waren die Ergebnisse bei den Erwachsenen. Es handelte sich um 24 Kranke mit tuberkulösem Spitzenkatarrh. In 11 Fällen fand eine Besserung statt, die einigermaßen sicher auf die Impfung zurückzuführen war; bei den übrigen 13 blieb das Ergebnis unentschieden. Nennenswerte Schädigungen sah G. nicht. Daß das Friedmann'sche Verfahren eine erhebliche Einwirkung auf tuberkulöse Lungenerkrankungen ausübt, hält G. für zweifellos. Sehr begeistert urteilt v. Barcza über das Verfahren. Er berichtet zum Teil über Kranke, die Ende 1913 und Anfang 1914 von Friedmann selbst geimpft waren, und deren Schicksal er teilweise eine Reihe von Jahren verfolgen konnte. Bei einer Anzahl von Fällen verhinderten es die Zeitverhältnisse, über den weiteren Verlauf Ermittelungen anzustellen. Bock ergänzt seine frühere, in der „Deutschen med. Wochenschrift" erfolgte Mitteilung, über welche im vorigen Jahrgang unserer Zeitschrift (S. 205) referiert wurde. Nach B. heilt die Friedmann-Impfung wahre Frühfälle jedesmal aus; ist der Heilverlauf bei solchen nicht ganz ungestört, so liegt der Verdacht einer komplizierenden oder einer interkurrenten Krankheit vor; nach Ablauf einer derartigen Krankheit heilt in den geimpften Frühfällen die Tuberkulose weiter ab. Sehr befriedigt ist Melhorn von seinen Ergebnissen. Von 230 bis Oktober 1919 geimpften Fällen, hauptsächlich Lungentuberkulosen, wurden 183 geheilt oder gebessert. L.

Chirurgie.

Privatdozent Dr. **W. V. Simon** (Frankfurt a. M.): **Zur Frage der Spontanfrakturen bei den Hungerosteo-**

pathieen der Adoleszenten. (Archiv für orthop. und Unfallchirurgie, Bd. 17, Heft 3.)

Der scheinbare Frakturspalt verläuft in den vom Verf. beobachteten Fällen vollkommen quer ohne jegliche Längsfissuren und ist auffallend breit. Verf. ist infolge des eigentümlichen Spaltverlaufes, wie er bei den reinen Querfrakturen bei seniler Osteoporose oder trophoneurotischen Prozessen ganz ungewöhnlich ist, und infolge der Breite des Spaltes der Ansicht, daß es sich nicht um eine primäre Spontanfraktur eines geschädigten Knochens handelt, sondern daß der scheinbare Frakturspalt eine durch unbekannte Ursache hervorgerufene zirkumskripte Knochenzerstörung darstellt und die Frakturierung oder der Zusammenbruch, wenn überhaupt, so erst sekundär erfolgt. Das nähere Zustandekommen dieser zirkumskripten Zerstörung und ihre pathologisch-anatomische Grundlage ist noch nicht geklärt. Hh.

Dr. E. L. Blumann (Berlin): **Behandlung infizierter Wunden mit Pyoktaningaze.** (Therapie der Gegenwart, Mai 1920.)

Auf Grund ausgedehnter Erprobung empfiehlt Verfasser bei der Wundbehandlung die Verwendung von Pyoktaningaze, welche von Baumann 1916 eingeführt und von der Hartmann'schen Verbandstoffabrik in Heidenheim in drei Stärken (3, 5 und 10 Proz.) in den Handel gebracht wird. Die Gaze kommt zur Verwendung bei allen zur Infektion neigenden Verletzungen (Unfällen), ferner bei gespaltenen Abszessen, Panaritien aller Art, Phlegmonen und selbst Osteomyelitiden. Die Wunden werden mit der Pyoktaningaze l o c k e r ausgelegt und dann mit einer dicken Zellstoffschicht belegt, um ev. Sekrete aufzufangen. Besonders stark verschmutzte Wunden, vor allem solche Verletzungen, in denen die Sehnenscheiden infiziert sind oder die Sehnen freiliegen oder verletzt sind, tupft B. erstmalig mit einer 5proz. alkoholischen Pyoktaninlösung aus, bevor sie tamponiert werden. Ein Verbandwechsel ist im allgemeinen erst am vierten Tage erforderlich. Der Pyoktaningazeverband ist nie mit der Wundoberfläche verklebt, die Wunde und ihre Umgebung ist stets reaktionslos, in der Wunde selbst ist kein oder nur minimales, blaugefärbtes, meist dünnflüssiges Sekret, kein Eiter. Beim zweiten Verband legt man noch einmal Blaugaze ein, beim dritten Verband, 5—6 Tage später, kann man gewöhnlich schon einen mit Argent. nitric.-Salbe bestrichenen Tampon in die Wundhöhle bringen. Durch die Verwendung der Pyoktaningaze wird nach Verf. die Wundheilung bedeutend abgekürzt; die durchschnittliche Heilungsdauer beträgt bei gewöhnlichen Abszessen und infizierten Wunden 8—14 Tage, größere Phlegmonen, Sehnenscheidenphlegmonen und ähnl. erfordern natürlich längere Zeit zur Heilung. Auch bei tuberkulösen Abszessen bewährte sich die Pyoktaningaze. —n.

Augenheilkunde.

Dr. Richard Heßberg (Essen): **Ueber Augenerkrankungen im Gefolge der Grippeepidemien 1918/19.** (Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 8.)

Als Begleiterscheinung resp. Folgekrankheit der Grippe beobachtete Verfasser in 63 Fällen Augenaffektionen, und zwar 5 Lidabszesse, 22 Bindehauterkrankungen, 18 Hornhauterkrankungen, 1 Regenbogenhautentzündung, 3 Sehnerven- bzw. Netzhautentzündungen, 1 metastatische Ophthalmie, 1 Nebenhöhlenerkrankung, 12 Asthenopien. Besonders schwer waren die Erkrankungen der Hornhaut, ihr Endausgang jedoch günstig, während die der Uvea einen wesentlich schlechteren Ausgang hatten, da von vornherein die auch an anderen Körperstellen beobachtete Neigung zu hämorrhagischer Diathese, wie das Auftreten septischer Metastasen die Erhaltung der Funktion oder des Organs im höchsten Grade gefährdet. Bemerkenswert war die relativ häufige Drucksteigerung bei den Erkrankungen des vorderen Bulbusabschnitts. Von besonderer Wichtigkeit ist die Beteiligung der Augen an den meningealen und zerebralen Prozessen, sowie die frühzeitige Entlastung des gefährdeten Sehnerven durch wiederholte Lumbalpunktion. Hierdurch ist es nach Verfassers Erfahrungen möglich, hier und da einen größeren und brauchbaren Sehrest zu erhalten.

Prof. Dr. Richard Cords (Köln): **Die Augensymptome bei der Encephalitis lethargica.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 22.)

Verfasser hatte Gelegenheit, 20 Fälle von Encephalitis lethargica hinsichtlich der Augensymptome genau zu untersuchen und bespricht in vorliegender Arbeit seine Beobachtungen. In erster Linie handelt es sich um Störungen der Augenmuskeln. 14mal wurde Ptosis beobachtet, 6mal war der Oculomotorius beteiligt, und zwar 5mal der Rectus medialis, 1mal der Rectus superior, 1mal der Rectus inferior. Viermal wurden Abduzenslähmungen festgestellt, darunter einmal eine doppelseitige Lähmung bei einem in wenigen Tagen ad Exitum kommenden Patienten. Auffallend häufig waren assoziierte Lähmungen, darunter 5mal eine Konvergenzlähmung. In einer Anzahl von Fällen bestand Rucknystagmus, einmal Schüttelnystagmus. In 3 Fällen wurde hochgradige Akkommodationsschwäche beobachtet. Nicht selten waren Anomalien der Pupillenweite; 6mal bestand auffallende Miosis, 3mal Anisokorie. In 8 Fällen fehlte die Lichtreaktion der Pupillen, z. Teil fehlte dabei auch die Konvergenzreaktion, in 3 Fällen fand sich vorübergehend absolute Starre; einige Male bestand Konvergenzstarre bei erhaltener Lichtreaktion. Augenhintergrundsveränderungen fand C. nur in einem Falle, und zwar eine leichte Papillitis, während v. Economo einmal eine retrobulbäre Neuritis feststellte. R. L.

Dr. Eduard Grafe (Frankfurt a. M.): **Ueber eine Fehlerquelle bei Untersuchung des Lichtsinns.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 22.)

Systematische Untersuchungen über den Einfluß der Pupillenweite auf den Verlauf der Dunkeladaptation lagen bisher nicht vor. Verfasser stellte derartige Versuche an, als deren Resultat ein sehr deutlicher Einfluß der Pupillenweite auf die Dunkeladaptation sich ergibt. Bei enger Pupille ist der Lichtsinn um das 5—6fache beeinträchtigt. Entscheidend ist immer die Weite der Pupillen in der Dunkelheit. Daher sind alle Adaptationsbefunde bei Zuständen, die mit Pupillenstörungen verbunden sind, ganz besonders bei Tabes dorsalis mit großer Vorsicht zu bewerten; bei ihnen bekommt man ein Bild der tatsächlichen Dunkelanpassung der Netzhaut nur bei künstlich erweiterten Pupillen. Therapeutisch käme bei durch Miosis bedingten hemeralopischen Beschwerden deren Beeinflussung durch Erweiterung der Pupillen mittels Atropin in Betracht, wie dies tatsächlich in mehreren Fällen gelang. R. L.

Physikalische Behandlung.

Dr. Walter Krebs (Aachen): **Die Beziehungen der Esophylaxie zur physikalischen Therapie.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 31.)

Verf. ist der Ansicht, daß die von Hoffmann (Bonn) angegebene Esophylaxie, die nach innen gerichtete Schutzfunktion der Haut, eine große Reihe physikalisch-therapeutischer Anwendungen in ihrer Wirksamkeit erklären könnte. Die in der Hydrotherapie so bedeutungsvolle Reaktion könnte durch diese neue Lehre eine andere Auffassung erfahren, da die Haut nicht nur Trägerin von Gefäßen und Nerven ist, sondern ein Organ mit eigenem Leben und eigener Tätigkeit. Kaltwasseranwendungen auf die Haut haben Leukozytose, Stoffwechsel-, Muskelkraft- und Sekretionssteigerung zur Folge, Erscheinungen, die man auf Protoplasmaaktivierung zurückführen muß, die vielleicht die Folge einer besonderen Tätigkeit der Haut ist. Ebenso kann man sich die Abhärtung durch Wasserreize als Folge der Erzeugung und Steigerung von Schutzstoffen in der Haut erklären. Auch die therapeutische Wirkung der Lichtbäder, der Höhensonne, der Schwitzkuren führt Hoffmann nicht nur auf eine Entlastung von Schlacken, sondern auch auf die Erzeugung von Schutzstoffen in der Haut zurück. Bei den Aachener Kuren, meint Krebs, würde eine Esophylaxie der Haut hervorgerufen, die dann die Wirkung der Schmierkuren erheblich zu verstärken vermag. Auch sonst möchte er die Einwirkung der Mineralwässer auf die Haut lieber durch die Esophylaxie erklären als durch die bisherigen Erklärungsversuche. — Es wäre sehr wertvoll, wenn auf diesem Gebiete weitere Untersuchungen vorgenommen würden, da sich hier neue Gesichtspunkte zeigen, die für das Wesen der Hydro- und Balneotherapie bedeutungsvoll sein könnten. Hh.

Strahlenbehandlung.

Dr. Frh. v. Sohlern (Stuttgart): **Erfahrungen mit künstlicher Höhensonne.** (Ther. d. Gegenw., 1920, Nr. 8.)

Verf. hat die künstliche Höhensonne bei einer großen Reihe von inneren Erkrankungen angewandt und kommt zu dem Schluß, daß sie ein gutes, bequemes, angenehmes und gefahrloses Hilfsmittel der Therapie ist, wenn auch ihre Wirkung nicht genügend begründet ist. Bei den neurasthenischen, anämischen und nervösen Zuständen hat sich das Verfahren durchweg bewährt, auch bei Pyelitiden und Zystitiden, Menstruationsstörungen, Arteriosklerose, chronischen Nierenerkrankungen mit erhöhtem Blutdruck, Asthma, Bronchitis, Emphysem und nervösen Magenbeschwerden. Bei chronischen Rheumatismen blieb der Erfolg aus. Bei tuberkulösen Drüsen, Fisteln, Abszessen sind die Erfolge geradezu verblüffend, bei Lungentuberkulose dagegen zum mindesten fraglich. Bei Sykosis heilten die oberflächlichen Erkrankungen ab, die tieferen verhielten sich dagegen refraktär. Hh.

Dr. Kurt Holzapfel (Berlin): **Trichophytie des Bartes und Röntgenstrahlen.** (Medizin. Klinik 1920, Nr. 19.)

Gerade bei den schweren Fällen von Bartflechte, die zur Infiltratbildung neigen und bei denen die rein medikamentöse Therapie versagt, führt die Röntgenbehandlung oft zu Heilerfolgen. Durch die Röntgenbehandlung erreicht man eine ausgezeichnete, vollkommene Epilation der Haare, die auf

mechanischem Wege schmerzhaft und lästig ist. Zugleich bringen die Röntgenstrahlen die entzündlichen Infiltrate zum Schwinden und schmelzen die im Entstehen begriffenen Abszesse ein. Für die Behandlung der Bartflechte eignen sich die harten Röntgenstrahlen besonders gut, da sie eine schnelle und sichere Epilation gewährleisten. Auch die Infiltrationen werden durch die harten Strahlen besser beeinflußt als durch mittelweiche Strahlen. Die zu Beginn der Behandlung mitunter auftretende Exazerbation der Entzündung ist eine Reaktion, die keine besondere Bedeutung hat. Am besten verwendet man eine harte Röhre von 12 Wehnelt bei einer Stromstärke von etwa 2½ M.-A. und einer Spannung von 10 Bauer in einer Fokushautdistanz von etwa 20 cm. Eine genaue Dosierung mit dem Fürstenau'schen Intensimeter ist sehr zu empfehlen. Man teilt das Barthaar in einige Felder und bestrahlt jedes Feld dreimal in Zwischenräumen von je einer Woche, jedesmal mit einer Volldose nach Fürstenau. Um die verschiedene Tiefenwirkung zu erreichen, läßt man die Strahlen das erste Mal einen Filter von 1 mm, das zweite Mal von 2 und das dritte Mal von 3 mm passieren. Zuerst bildet sich ein Haarausfall und dann tritt sofort die Heilung ein. Sollten besonders hartnäckige Fälle der Behandlung trotzen, so wird man nach einer Pause von 3 bis 4 Wochen das Verfahren wiederholen. Hh.

III. Bücherschau.

Hoffa, Technik der Massage. — Siebente verbesserte Auflage, herausgegeben von Prof. Dr. H. Gocht (Berlin). — 1920, Ferdinand Enke in Stuttgart. — 95 S. mit 47 teilweise farbigen Abbildungen.

Wir haben das kurzgefaßte Lehrbuch der Technik der Massage des unvergeßlichen Albert Hoffa stets in seiner Bedeutung voll und ganz zu würdigen gewußt. Um so mehr haben wir allen Grund, Prof. Gocht dafür dankbar zu sein, daß er als Würdiger das Erbe von Hoffa angetreten und die neue, siebente Auflage des Buches bearbeitet und herausgegeben hat. Gocht hat an dem Aufbau des Buches nicht viel geändert und als alter Schüler von Hoffa auch nicht viel zu ändern gefunden. Die Darstellung ist, was wir auch immer früher an dem Buche gerühmt haben, schlicht und klar geblieben. Das Buch vermeidet wissenschaftliche und theoretische Auseinandersetzungen und bringt nur die Technik der Massage, wie seine Aufgabe lautet. Dabei erleichtern die vorzüglichen Abbildungen das Verständnis wesentlich.

Es wäre zu wünschen, daß das Buch eine recht weite Verbreitung auch unter den ärztlichen Praktikern findet, schon weil es wirklich wie kein anderes Buch geeignet ist, die Technik der Massage zum Allgemeingut der Aerzte zu machen und damit diesem wichtigen Zweig der Therapie einen immer größeren Resonanzboden in den Aerztekreisen zu schaffen. Hirsch.

Prof. Dr. **C. Oppenheimer** (München): **Biochemie. Erster Teil von Prof. C. Oppenheimer und Prof. O. Weiss: Grundriß der Physiologie.** — 1920, Georg Thieme in Leipzig. Dritte Auflage. 522 S., 6 Abbildungen. Preis geb. 22,— M.

Das nunmehr in dritter Auflage vorliegende Buch bedeutet eine Einführung in die Biochemie, wie man sie klarer und übersichtlicher sich kaum vorstellen kann. Das ungeheuer große und gewiß nicht leicht zu fassende Gebiet der chemischen Vorgänge des Lebens ist in einer Weise dargestellt, als gäbe es auf diesem Gebiete keine Schwierigkeiten. Ein Vorgang entwickelt sich immer aus dem andern mit so zwingender, einfacher Logik, daß alles selbstverständlich und natürlich erscheint. Das Buch liest sich so fließend, als läge hier nicht die spröde Materie vor, die tagtäglich die Wissenschaft vor neue Rätsel stellt. Man muß das Talent des Verfassers bewundern, der es wie selten ein Autor versteht, den Leser tief in die Materie hineinzuversenken und dabei doch den Anschein zu erregen, als handelte es sich um die einfachsten Dinge der Welt. Auf die neuesten Fragen der Biochemie ist Verf. so weit wie möglich eingegangen. —

Der Studierende wird durch das vorliegende Buch ausgezeichnet in den chemischen Teil der Biologie eingeführt. Der Arzt, der länger in der Praxis steht, wird gut daran tun, Oppenheimers Biochemie durchzuarbeiten, um das, was er als Student gelernt, unter dem Gesichtswinkel des Verfassers zu wiederholen und einen Einblick in die neuesten Fortschritte der Biochemie zu gewinnen. Hirsch.

ABC-Führer und Ratgeber Preußisches Bad Oeynhausen. 4. Auflage. Jubiläumsausgabe, 1920. — Bäder-Verlag, Bad Oeynhausen. — 176 S., 17 Abbildungen. Preis 2,50 M.

Vor uns liegt in 4. Auflage ein origineller Bäderführer von Oeynhausen in einer Form, wie ihn kein anderes Bad aufzuweisen hat. Er ist nämlich alphabetisch nach Stichworten angeordnet, so daß man sich sehr leicht zurechtfindet und die gesuchte Auskunft mühelos erhält. Die einzelnen Stichworte erstrecken sich auf alle praktischen und wissenschaftlichen Gebiete und geben überall prägnante Auskünfte über alles, was den Arzt und den Besucher von Bad Oeynhausen interessieren könnte. Bei der Angabe der Indikationen sind die Urteile hervorragender Autoritäten über den Wert der Oeynhausener Kuren angegeben. Den Anhang bildet ein Verzeichnis der Wohnungen mit einem guten Lageplan sowie ein Bezugsquellenverzeichnis. Den ersten Auflagen hat Geheimrat A. Eulenburg das Geleitwort gegeben, der vorliegenden 4. Auflage, die als Festgabe zur Feier des 75 jährigen Bestehens von Bad Oeynhausen erschienen ist, Geheimrat Kraus. Von so ausgezeichneten Klinikern eingeführt, wird das Buch, das recht schön ausgestattet ist und eine Reihe schöner Abbildungen sowie die Porträts des Gründers von Bad Oeynhausen Frhr. Karl v. Oeynhausen und des jetzigen bewährten Kurdirektors Geh. Oberbergrats Morsbach enthält, sicherlich in den Aerztekreisen eine allgemeine Beliebtheit gewinnen. Hirsch.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Halle a. S. An der hiesigen Universität wird ein etatsmäßiges Extraordinariat für Haut- und Geschlechtskrankheiten errichtet, welches dem bisherigen außeretatsmäßigen Vertreter des Faches Prof. Dr. Grouven übertragen wird.

Würzburg. Dr. phil. et med. dent. Klughardt, Assistent und Leiter der technischen Abteilung am zahnärztlichen Institut hierselbst, wurde als Privatdozent für Zahnheilkunde zugelassen.

Freiburg. Der durch zahlreiche wertvolle Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Geschichte der Pharmazie, Medizin und Naturwissenschaften bekannte Apotheker Hermann Schelenz in Kassel wurde von der hiesigen medizinischen Fakultät zum Ehrendoktor ernannt.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Berlin. Am 1.—3. September d. J. tagte hier unter dem Vorsitz von Prof. Biesalski der 6. Deutsche Kongreß für Krüppelfürsorge. In der einleitenden Ansprache wies Biesalski auf die Bedeutung des neuen preußischen Krüppelfürsorgegesetzes hin. Um es durchzuführen, sei eine bessere orthopädische Ausbildung der Aerzte erforderlich, was nur durch Errichtung weiterer orthopädischer Lehrstühle und Einführung einer Prüfung in der Orthopädie erreicht werden könne. Im Namen der preußischen Regierung begrüßte der Volkswohlfahrtsminister Stegerwald den Kongreß, als Vertreter des österreichischen Gesundheitsamtes nahm Prof. Spitzy (Wien) an den Verhandlungen teil. Von ärztlicher Seite waren nicht nur zahlreiche orthopädische Chirurgen, sondern auch bekannte Kinderärzte, wie Schloßmann, Rott, Tugendreich u. a. erschienen. Diese beteiligten sich besonders an den Beratungen des ersten Tages über die gesetzliche Regelung der Krüppelfürsorge. Am zweiten Tage kam die Knochen- und Gelenktuberkulose zur Besprechung. Es wurde nicht nur die ärztliche Seite des Themas (Vorbeugung, Behandlung) erörtert, sondern auch soziale Fragen, z. B. die typischen Erwerbsbeschränkungen bei Knochen- und Gelenktuberkulose, ebenso Fragen der Berufseignung, Berufsberatung, Arbeitsvermittlung. Von sachkundigen Pädagogen wurde die Krüppelerziehung besprochen.

Nauheim. Bei Gelegenheit der Naturforscher- und Aerzteversammlung findet hier am 21. September eine Generalversammlung der Vereinigung der Krankenhausärzte Deutschlands statt.

Der internationale psychoanalytische Kongreß fand vom 8.—11. September auf neutralem Boden, im Haag, statt. Der Kongreß war von Aerzten und psychologischen Forschern aus Deutschland, Oesterreich, Ungarn, Holland, Belgien, Schweiz, England und Nordamerika besucht, trug also ein wirklich internationales Gepräge. Der Begründer der Psychoanalyse, Professor Freud (Wien), hielt einen Vortrag über Ergänzungen zur Traumlehre. Die holländischen Aerzte hatten die aus Deutschland, Oesterreich und Ungarn stammenden Kongreßteilnehmer als Gäste in ihren Häusern untergebracht. Die Verhandlungen wurden in deutscher und englischer Sprache geführt. Der nächste Kongreß wird auf Einladung der Berliner psychoanalytischen Vereinigung im Herbst 1921 in Berlin stattfinden.

Verschiedenes.

Das schwedische Rote Kreuz ist im Begriff, in dem Schloß Sonnenstein bei Bad Sulza ein Erholungsheim für unterernährte deutsche Kinder zu errichten, die ihre Väter durch den Krieg verloren haben. Es sollen dort jährlich etwa 1200 Kinder untergebracht werden.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang — Berlin, 2. Oktober 1920 — No. 40

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

89. Jahrgang — Berlin, 2. Oktober 1920 — No. 40

Erscheint jeden Sonnabend. Bezugspreis vierteljährlich M 6,— Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung: Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin; Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag: OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13, Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Elektrische Erscheinungen an der Oberfläche des menschlichen Körpers.

Von Dr. **Lilienstein**, Bad Nauheim.

Seitdem wir durch den Krieg und die unruhigen Zeiten verhindert gewesen sind, uns zu versammeln, sind auf verschiedenen Gebieten der Physik, der physikalischen Chemie und besonders auch der Kolloidforschung eine Reihe von neuen Tatsachen gefunden worden, die uns interessieren müssen.

Wenn man sich überlegt, daß wir Balneologen es ständig mit einem Elektrolyten, dem Badewasser, zu tun haben, so liegt der Gedanke nahe, alle Badeprozeduren unter dem Gesichtswinkel des Elektrophysikers oder Elektrochemikers zu betrachten und hierbei die Erkenntnisse zu verwerten, die uns die neue Atomtheorie gebracht hat.

Unter einem „Elektrolyten" versteht man bekanntlich eine Flüssigkeit oder einen elektrischen Leiter II. Klasse, in dem ein Salz, eine Säure oder Base aufgelöst ist und der eben hierdurch befähigt wird, den elektrischem Strom zu leiten. Gewöhnliches Brunnen- oder Leitungswasser ist schon ein schwacher Elektrolyt. Sehr viel stärkere Leitfähigkeit haben naturgemäß die Mineralwässer, während destilliertes Wasser absolut keinen Strom durchläßt und ebenso, wie die Luft, ein fast vollkommener Isolator ist.

Wird eine Substanz in einem Lösungsmittel, z. B. Kochsalz in destilliertem Wasser, gelöst, so bleibt nur ein Teil der Salzmoleküle unverändert als NaCl bestehen. Das nennt man eine „einfache Lösung". Der größere Teil der Moleküle spaltet sich aber in Kationen und Anionen, in unserem Fall in Na- und Cl-Atome, von denen das Na eine negative und das Cl eine positive Ladung hat. Das sind dann die „dissoziierten" Bestandteile des Elektrolyten, die durch ihre Wanderung zur positiven oder negativen Elektrode zum Träger der elektrischen Leitung werden.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß mit jedem biologischen Geschehen elektrische Vorgänge, Ionenwanderungen, parallel gehen. Alle tätigen, gereizten und absterbenden Gewebselemente zeigen gegenüber den ruhenden eine „negative Schwankung", den sogenannten Aktionsstrom. Daher ist die Summe der jederzeit in einem lebenden Organismus wirksamen elektromotorischen Kräfte sehr groß, und sicher auch von Bedeutung für die Funktion des Körpers, der einzelnen Organe und der einzelnen Zellen: Bei der Verdauung, dem Stoffwechsel, der Blut- und Säftezirkulation, der Drüsensekretion nicht minder, als bei jeder Muskel- und Nervenfunktion sind elektrische Momente wirksam.

Von allen diesen elektrischen Vorgängen will ich hier nur auf die elektrischen Vorgänge eingehen, die an der Oberfläche des Körpers, auf der Haut wirksam und wahrnehmbar werden. Wir müssen uns dabei bewußt bleiben, daß das nur ein geringer Teil der jederzeit im Körper vorhandenen elektrischen Vorgänge ist. Aber wir beurteilen ja auch den Wärmehaushalt des Körpers vorzugsweise nach dem an der Oberfläche oder in den Anfängen der Körperhöhlen angelegten Thermometer. In ähnlicher Weise wie von einem Wärmehaushalt oder einer Wärmebilanz könnte man auch von einer Elektrizitätsbilanz des Körpers sprechen, wenn man die mannigfaltigen, oben erwähnten Vorgänge ins Auge faßt, die sich natürlich zum größten Teil gegenseitig aufheben.

Im Gegensatz zu den Körpern der im Wasser lebenden Organismen, den Fischen und den Amphibien, ist unser Körper von einem schlechten Elektrizitätsleiter, der trockenen Epidermis, umgeben, und da auch die umgebende Luft dem elektrischen Strom einen außerordentlich hohen Widerstand entgegensetzt, so kommen für die physiologischen Betrachtungen zunächst (d. h. außerhalb des Bades, in der Luft) sowie für die elektrische Beeinflussung innerer Vorgänge von außen her nur ganz hohe Spannungen in Betracht. Das sind dann nur solche Erscheinungen, wie beispielsweise die Arsonvalisation, die Hochfrequenzbehandlung, die Radioaktivität, die Jonisierung der Luft usw.

Die Ueberwindung des Widerstandes der trocknen Haut ist also erforderlich, wenn Elektrizität von außen auf den Körper einwirken soll, und auch wenn die physiologischerweise unter der Haut, im Innern des Körpers auftretenden elektromotorischen Kräfte nach außen hin wahrnehmbar gemacht werden sollen. Das letztere geschieht bekanntlich z. B. beim Elektrokardiographen, bei dem der Herzaktionsstrom durch ein Saitengalvanometer aufgezeichnet wird.

Sie alle wissen ja, daß beim Elektrokardiographieren im Herzmuskel selbst entstehende elektrische Ströme nach außenhin abgeleitet und aufgezeichnet werden.

Mit eben diesem Saitengalvanometer, dem Elektrokardiographen, sind auch z. B. Muskel-Aktionsströme der peripheren Muskeln aufgenommen worden, und es ist leicht, mit diesem Instrument jeden physiologischen oder pathologischen Aktionsstrom am lebenden Gewebe nachzuweisen. Hierbei tritt durch die Berührung des Körpers mit den zur Stromabnahme dienenden feuchten Elektroden eine Potentialdifferenz auf, der sog. „Körperstrom", der von einer solchen Größenordnung ist, daß er durch einen Kompensationsstrom oder durch Kondensatoren für gewöhnlich beseitigt werden muß, um die Messungen des Herzaktionsstroms vornehmen zu können.

Für unsere Frage, der elektrischen Erscheinungen an der Oberfläche des menschlichen Körpers, ist aber gerade

dieser Körperstrom, der beim Elektrokardiogramm stört und beseitigt wird, von höchster Bedeutung, wenn wir uns vorstellen, daß im Mineralbade der größte Teil der Körperoberfläche mit einem Elektrolyten, dem Mineralwasser in Berührung ist. Wir wissen jetzt, daß die osmotischen Vorgänge, die Diffusions- oder Konzentrationsströme an der Oberfläche des Körpers abhängig sind, nicht nur von der Temperatur und der Dauer des Bades, sondern ganz besonders auch von der Menge und dem Grad der dissoziierten Bestandteile dieses Elektrolyten, des Mineralwassers, sowie vom Säure- und Alkaligehalt desselben.

Wie jede einzelne Zelle des menschlichen und tierischen Organismus und wie jede Pflanzenzelle innerhalb ihres Gewebes eine osmotische Zelle darstellt, so können wir uns jetzt den im Bade befindlichen Körper als eine große osmotische Zelle (Figur 1) vorstellen. Die Haut bildet dabei die

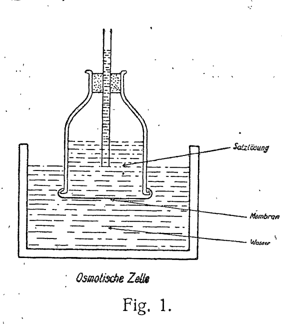


Fig. 1.

semipermeable, je nach dem Quellungszustand der Epidermis mehr oder weniger durchlässige, Membran, das „Jonensieb".

Die elektromotorische Kraft einer solchen Zelle hängt ebenfalls ab:

1. von dem chemischen Unterschied der beiden Elektrolyte,
2. von der Größe der Trennungsfläche derselben,
3. von der der Temperatur.

Auf der einen Seite dieser Membran haben wir im Bad das Mineralwasser, auf der anderen Seite Blut und Körpersäfte des Badenden als Elektrolyte. Bei den hierbei entstehenden Strömungen, Jonenwanderungen, die mit elektrischen Strömungen verbunden sind, muß der Konzentrationsgrad des Badewassers von großer Bedeutung sein. Die Konzentration von Blut und Körpersäften ist natürlich nahezu konstant. Blut und Säfte haben eine osmotische Konzentration von 303 Millimol + mg Jon in einem Liter Wasser.

Diese Konzentration bedeutet 7,70 Atmosphären Druck und einen Gefrierpunkt von —0,56 ° Celsius. Die Temperatur beträgt 37 ° Celsius.

Das bezüglich dieser Größen variierende Bademedium hat auf die elektrokinetischen Erscheinungen einen Einfluß, derart, daß die Jonen bald aus dem Badewasser in den Körper ein-, bald aus dem Körper in das Badewasser austreten können.

Allgemein gesprochen, geht das Potentialgefälle, der elektrische Strom, von den Orten höherer Konzentration zu den Orten niederer Konzentration, und dieser „Konzentrationsstrom" oder Diffusionsstrom ist von einer gar nicht geringen Größenordnung. Es handelt sich vielmehr um Spannungen von $^1/_{50}$ bis $^1/_5$ Volt. Beim Herzaktionsstrom kommen vergleichsweise nur ½—2 Millivolt, also $^1/_{2000}$ bis $^1/_{500}$ Volt zur Aufzeichnung.

Das sind alles Größen, für deren Nachweis zweifellos das Saitengalvanometer, das den Hauptbestandteil des Elektrokardiographen ausmacht, das beste Mittel war und auch in Zukunft bleiben wird. Bei dem hohen Preis und der Schwierigkeit der Handhabung dieser Instrumente ist es nun sicher für viele von Ihnen von Wert, ein Instrument kennen zu lernen, das an Handlichkeit und Billigkeit das Saitengalvanometer sehr bedeutend übertrifft und für die bei uns in Frage kommenden Messungen vollständig genügt:

das ist das Telephon.

Schon im Jahre 1912 bei der Konstruktion meines Kardiophons, das ich auch Ihnen hier 1914 demonstrierte, habe ich daran gedacht, die Herzaktionsströme direkt telephonisch aufzunehmen.

Bei der Größenordnung dieser Ströme (bis zu 1—2 Millivolt bei 1000—3000 Ohm Widerstand) wäre die direkte Wahrnehmung im Bereich der Möglichkeit gewesen, indessen haben alle dahinzielenden Versuche mit Telephonen der verschiedensten Wicklungen ein negatives Resultat ergeben.

Neuerdings aber wurde ich wieder auf das Telephon hingewiesen durch die Verwendung, die es bei der drahtlosen Telegraphie findet.

Ich sagte mir, daß ein so einfaches, widerstandsfähiges, handliches und dabei so außerordentlich fein empfindliches Instrument, wie eine Telephonkapsel, das Ströme von der Größenordnung der drahtlosen Telegraphie wahrnehmbar macht, auch für unsere Zwecke nützlich sein muß.

Es ist klar, daß die vom Eiffelturm ausgesandten Energiemengen, auch wenn sie am Ursprungsort sehr groß sind, nur sehr gering sein können, wenn sie z. B. an der Funkenstation Bad Nauheim ankommen.

Bei der Funkentelegraphie sind nun zwei Hilfsinstrumente eingebaut, die für unsere Zwecke sehr nützlich sind und deren Anwendung ich Ihnen nachher demonstrieren will,

1. der Schleifer oder Tikker,
2. das Elektronenrelais.

Der Ticker ist ein höchst einfaches Instrument, eine rotierende Scheibe (deren Rand eingeschnitten ist), durch die der Strom in den Schleifkontakten 300 bis 1000 mal in der Sekunde unterbrochen werden kann. Mit diesem Tikker werden die allerschwächsten Ströme im Telephon wahrnehmbar. (Fig. 2.)

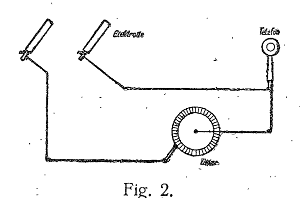


Fig. 2.

Hierdurch ist es möglich, die relativ langsame Stromschwankung des Herzaktionsstromes, die in ungefähr $^1/_{10}$ oder $^1/_{20}$ Sekunde abläuft, in 40 bis 50 Einzelschwankungen (Fig. 3) zu zerlegen, die durch rapideren Abfall und An-

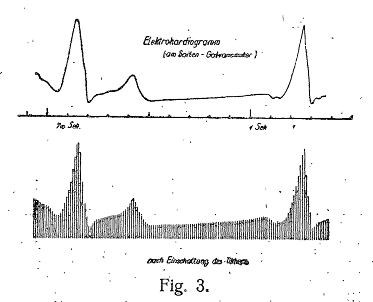


Fig. 3.

stieg naturgemäß die Telephonmembran und das Ohr erregen. Bekanntlich nimmt unser Ohr überhaupt nur Töne wahr, die mehr als 16 bis 32 Schwingungen in der Sekunde haben.

Während also der Herzaktionsstrom wegen seiner Langsamkeit und niederen Frequenz an und für sich die Telephonmembran und unser Ohr nicht erregt, erhält man einen deutlichen Ton, wenn der Strom in der geschilderten Weise 300—500 mal in der Sekunde (also 30—50 mal in $^1/_{10}$ Sekunde) unterbrochen wird. Die hierdurch erhaltenen Wechselströme können nun in ganz außerordentlicher Weise verstärkt werden, seitdem wir das Elektronenrelais besitzen.

Das Elektronenrelais oder Audion (Fig. 4) besteht aus

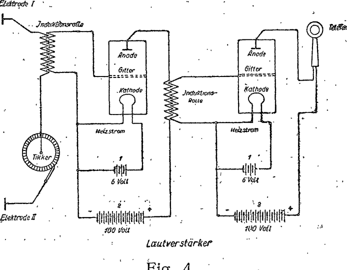


Fig. 4.

einer fast vollkommen luftleeren Glaskugel, in der ein Platindraht durch einen Akkumulator zur Weißglut gebracht wird.

Dieser Platindraht dient einem anderen hochgespannten Stromkreis, dem sogen. Gitterstromkreis, als Kathode. Der von dieser Kathode nach der Anode gehende Elektronenstrom, der durch die Stromquelle II (100 Volt) her-

vorgerufen wird, streicht durch ein Gitter, das seitens der vom Körper herkommenden elektrischen Ströme einmal mehr und dann wieder weniger Ladung erhält. Dieser Wechsel der Ladung im Gitter verzögert stoßweise den Elektronenstrom, und daher zeigen sich in diesem hochgespannten Stromkreis II die gleichen Schwankungen wie in dem schwachen, vom Körper gelieferten Strom.

Die einzelne Röhre verstärkt den Strom um das 30 fache. Durch kaskadenförmige Hintereinanderschaltung mehrerer Röhren ,indem man immer eine Röhre auf die andere wirken läßt, erhält man eine 20—30 000 fache Verstärkung. Durch Einschaltung dieser Röhre und des Tikkers können wir nun ebensogut, wie mit dem Saitengalvanometer, alle am tierischen und menschlichen Körper auftretenden elektrischen Ströme wahrnehmbar machen.

Wie bei der Anwendung des Mikroskops die Fülle der Erscheinungen zunächst verwirrt und der Anfänger beim Mikroskopieren erst lernen muß, selektiv zu beobachten, so muß das Brausen und Tönen im Verstärkungsapparat, der in Verbindung mit dem Körper gebracht wird, erst analysiert werden. Als ich es zum erstenmal hörte, als ich den Aktionsstrom in typischer, rhythmischer Weise an mein Ohr schlagen hörte und das Brausen kontrahierter Muskeln im Telephon wahrnahm, war ich überzeugt, einen neuen Weg physiologischer Forschung gefunden zu haben.

Wochenlange mühevolle Untersuchungen haben mich nun belehrt, daß diese einfachen Apparate doch sorgfältig gegeneinander abgestimmt werden müssen. Die Firma Siemens & Halske, Berlin, hat es nun unternommen, solche Apparate herzustellen.

Wenn es uns gelänge, auf diesem Wege die beim Baden auftretenden elektromotorischen Kräfte genau qualitativ und quantitativ festzustellen und den Einfluß nachzuweisen, den sie auf die Jonenwanderung im Innern des Körpers zweifellos haben, so ist mit Sicherheit anzunehmen, daß wir in die Lage kämen, die Balneotherapie wesentlich objektiver und wissenschaftlicher zu gestalten und auszubauen. Glax hat dies bereits 1907 in den Worten zum Ausdruck gebracht: es müsse „das Bestreben der Balneotherapie sein, die Therapie auf eine methodische Verwendung der Ionenwirkung zu basieren“.

Literatur.

Arrhenius, Sv.: Untersuchungen über die galvanische Leitfähigkeit der Elektrolyte. 1907. (Aus: Ostwald, Klassiker der exakten Wissenschaften.) — Bechthold, H.: Die Kolloide in Biologie und Medizin. II. Auflage. Dresden u. Leipzig 1919. — Bernstein, Jul.: Elektrobiologie. (Aus: Die Wissenschaft, Jg. 1912, Nr. 44.) — Bein, Willy: Zeitschrift f. physikal. Chemie, Jg. 1899, Bd. 28, S. 439—452. — Brünings: Pflügers Archiv, Bd. 98, S. 241 u. Bd. 100, S. 367. — Biedermann, W.: Elektrophysiologie. 2 Bände. Jena 1895. — Cremer: Zeitschrift f. Biologie, Jahrg. 1906, Bd. 47, S. 562—568. — Boruttau: Aktionsstrom und die Theorie der Nervenleitungen. (Pflügers Archiv, Bd. 84, 1901.) — Harnack, Erich: Beobachtungen an der menschlichen Fingerspitze als Elektrizitätsquelle. (Centralblatt f. Physiologie XVII, Nr. 22 u. XVIII, Nr. 5.) — Harnack: Studien über Hautelektrizität und Hautmagnetismus des Menschen. (Jena 1905.) — Hermann: Untersuchungen zur Physiologie der Muskeln und Nerven. (I—III, Berlin 1868.) — Mendelssohn, M. (Paris 1902): Les phénomènes électriques chez les êtres vivants. — Nicolai, G. F.: Ueber Harnacks: Zeigefingerspitze als Elektrizitätsquelle. (Med. Klinik 1905, Nr. 4.) — Sommer: Elektromotorische Wirkungen der Finger. (Neurol. Zentralbl. 1905, Nr. 7.) — Sommer: Die Natur der elektrischen Vorgänge an der menschlichen Haut. (Münchener med. Wochenschrift 1905, Nr. 51.) — Sommer u. Fürstenau: Die elektrischen Vorgänge in der menschlichen Haut. (Klinik f. Psych. u. nerv. Krankheiten, Bd. I, Heft 3.) — v. Tarschanoff: Ueber galvanische Erscheinungen in der Haut des Menschen bei Reizungen der Sinnesorgane und verschiedenen Formen der psychischen Tätigkeit. (Pflügers Archiv 1890.) — Verworn: Allgem. Physiologie (Jena 1909), S. 314 ff.

II. Referate.

Innere Medizin.

Prof. Dr. **Treupel** und Oberarzt Dr. **Kayser-Petersen** (Frankfurt a. M.): **Einige Erfahrungen über Grippe-Pneumonien.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 24.)

Die Verfasser legen ihre Erfahrungen in folgenden Sätzen nieder: Eine gewisse Immunität bleibt nach überstandener Grippeerkrankung zurück. Anfang, Verlauf und Ausgänge der Grippepneumonien unterscheiden sich in wichtigen Punkten von der gewöhnlichen kruppösen Pneumonie. Sie haben vieles mit der Bronchopneumonie gemein, unterscheiden sich von dieser aber durch das ausgesprochene septisch-toxische Moment. Der physikalische Lungenbefund bietet ein fast täglich wechselndes Bild, besonders in bezug auf die perkussorischen Schallerscheinungen, wobei das vorübergehende Auftreten tympanitischer Schallbezirke besonders bemerkenswert ist. Im Auswurf findet man häufig neben Pneumokokken und anderen pathogenen Keimen elastische Fasern. Charakteristisch für die Grippepneumonie ist ihre sehr verzögerte Lösung; die daraus resultierenden chronisch-indurativen Lungenprozesse sind im allgemeinen nicht tuberkulöser Natur. Wenn sichere tuberkulöse Erscheinungen sich entwickeln, so sind sie zunächst vorwiegend zentral. Der ausgesprochene septische Charakter der Pneumonie zeigt sich in der Einwirkung auf das Herz- und Gefäßsystem und in der Mitbeteiligung von Leber, Milz und Nieren. Therapie: neben der bekannten Pneumoniebehandlung vor allem intravenöse Injektionen kolloidaler Silberpräparate, kombiniert mit innerlicher Darreichung von Chinin. Bei der Behandlung der Kreislaufschwäche bewährt sich die frühzeitige Darreichung von Strychnin, das auch für die Rekonvaleszenz angezeigt ist. -n.

Privatdozent Dr. **Karl Baerthlein** und Dr. **Eugen Thoma** (Würzburg): **Ueber Bakteriotherapie (Vakzinetherapie) bei Grippe-Lungenentzündungen.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 20.)

Die Verfasser berichten über erfolgreiche Versuche, Grippe-Lungenentzündungen mit einer Autovakzine zu behandeln. Die Vakzine bestand aus einer mit physiologischer Kochsalzlösung hergestellten Aufschwemmung von Bakterien, die pathogenen Keime wurden aus dem Auswurf der einzelnen Pneumoniefälle im Laboratorium gezüchtet und in der Aufschwemmung durch einstündige Erwärmung auf 53—56° abgetötet. Da die Grippepneumonien meist auf einer Mischinfektion von Pneumokokken und Streptokokken beruhen, ist die Vakzine im allgemeinen durch Mischung von mehreren Keimarten zu bereiten. Die Züchtung der Kulturen gelingt gewöhnlich bei Verwendung mehrerer Nährböden in einem Tag. Die Dosierung der Vakzine erfolgt am zweckmäßigsten nach Normalösen, die Einspritzung geschieht am besten intramuskulär. Die Wirkung der Vakzine äußerte sich, sowohl bei kruppösen Pneumonien wie bei Bronchopneumonien, in einem, 5—6 Stunden nach der Vakzination beginnenden kritischen Abfall von Temperatur und Puls, welche innerhalb 6—12 Stunden zur Norm zurückkehren (allmählich, ohne Kollapserscheinungen). Die Darreichung von den Herz- und Gefäßtonus anregenden Mitteln ist daher nicht nötig. Nach der Vakzination stellt sich eine überraschende Euphorie ein. Die Rekonvaleszenz verlief in allen Fällen sehr schnell; Komplikationen, wie z. B. pleuritische Ergüsse, Mittelohrentzündungen, traten entweder gar nicht auf oder wurden, falls sie vorher schon bestanden, schnell beseitigt. Zur Erläuterung des Gesagten werden einige Krankengeschichten mitgeteilt. Auch für den praktischen Arzt ist die Vakzinetherapie leicht durchführbar, er braucht nur eine kleine Menge von frischem pneumonischem Sputum an ein bakteriologisches Institut einzusenden und erhält nach einem Tag die gebrauchsfertige Vakzine. L.

Prof. Dr. **Albert Uffenheimer** (München): **Erfolgreiche Behandlung schwerer Grippepneumonien.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 21.)

Verfasser berichtet, daß bei den schweren Pneumonien der Grippekranken im Winter 1918/19 sich ihm in einigen Fällen die frühzeitige und dann häufig wiederholte intravenöse Einspritzung von g-Strophanthin (Thoms) gut bewährt hat. Es handelte sich um junge, kräftige Männer (Soldaten). Die Einzeldosis betrug ¼ mg und wurde in der Regel dreimal täglich gegeben. Es wurden bis zu 64 Spritzen in 26 Tagen gegeben. Eine Kumulation wurde dabei ebensowenig wie das Auftreten toxischer Erscheinungen beobachtet. Die Wirkung der Einspritzungen war bei gleichzeitigen schwersten örtlichen und allgemeinen Erscheinungen ein stets gleichmäßig kräftiger, voller, nicht unter die normale Schlagfolge absinkender Puls neben auffallender subjektiver Erleichterung. Um diese Wirkung zu erzielen, müssen die intravenösen Einspritzungen vorgenommen werden, sobald man schwere Lungenkomplikationen erkennt; das Erlahmen der Herzkraft darf nicht erst abgewartet werden. Zur Bekämpfung vasomotorischer Lähmungs- und Schwächeerscheinungen empfiehlt sich der gleichzeitige Gebrauch von Koffein und Kampfer. L.

Dr. **Jacques Neumann** (Hamburg-Barmbeck): **Das Auslöschphänomen, ein neues brauchbares Hilfsmittel bei der Diagnose des Scharlachs.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 21.)

Von Schultz und Charlton wurde gefunden, daß das Scharlachexanthem im Gegensatz zu anderen skarlatiniformen oder konfluierenden Exanthemen nach intrakutanen Serumeinspritzungen in der Umgebung der Injektionsstelle abblaßt, und sie fanden weiter, daß nur das Scharlachfrühserum, d. h. das während der Akme des Scharlachs entnommene Serum, das Scharlachexanthem nicht auslöscht, während alle übrigen Sera, sowohl Scharlach-Rekonvaleszentenserum wie Normalserum und Seren von anderen Erkrankungen, das Scharlachexanthem an der Einspritzungsstelle zum Verschwinden bringen. Verfasser ging an eine Nachprüfung dieser Angaben, welche zu ihrer Bestätigung führte. Das Auslöschphänomen zeigt sich frühestens nach 6—8 Stunden und bleibt bis zum völligen Abblassen des ganzen Exanthems bestehen. Er bespricht weiter die Verwendung des Phänomens zur Diagnose in zweifelhaften Scharlachfällen. In derartigen Fällen entnimmt man dem

Kranken Blut, prüft es auf seine Sterilität, inaktiviert es 1 Stunde bei 56 Grad und spritzt es einem gut ausgebildeten Scharlachexanthem intrakutan ein. Tritt nun das Auslöschphänomen auf, so war das zu prüfende Serum kein Scharlachfrühserum, es liegt dann kein Scharlach vor. Bleibt das Auslöschphänomen aus, so kann man mit Sicherheit die Diagnose Scharlach stellen. Da immer brauchbare Testexantheme zur Verfügung stehen müssen, so kann die Methode nur an größeren Infektionsabteilungen betätigt werden; der praktische Arzt kann ev. Blutproben in zweifelhaften Scharlachfällen an derartige Abteilungen zur Diagnosenstellung einsenden. Verfasser zeigt die Brauchbarkeit der Methode für die Differentialdiagnose an einigen Fällen. L.

Dr. **van der Reis** (Greifswald): **Frühdiagnose eines Fleckfieberfalles durch die Hautreaktion von Friedberger-van der Reis.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 23.)

Wenn man bei Fleckfieberkranken eine Aufschwemmung von abgetöteten Proteus-X-19 Bazillen, die 24 Stunden auf gewöhnlichem Schrägagar gewachsen waren, subkutan einspritzt, so treten in der überwiegenden Zahl der Fälle an der Einspritzungsstelle keinerlei Entzündungserscheinungen auf, während bei Gesunden resp. an anderen Krankheiten leidenden Patienten nach der Einspritzung fast immer Temperaturerhöhungen und örtliche Entzündungserscheinungen beobachtet werden. Dieses von Friedberger und Verfasser angegebene Phänomen kann in zweifelhaften Fleckfieberfällen diagnostisch verwertet werden. Verfasser hatte neuerdings Gelegenheit, den Wert dieser Reaktion für die Diagnose des Fleckfiebers praktisch zu erproben. Bei einem Fall von Typhus exanthematicus, der zuerst als Grippe aufgefaßt wurde, wurde 0,1 ccm der angegebenen Proteus-Aufschwemmung subkutan injiziert; bei dem Kranken traten keinerlei Entzündungserscheinungen an der Einspritzungsstelle auf, während 4 Kontrollpersonen deutlich positiv reagierten. Nach 7 Tagen war die Reaktion von Weil-Felix, die anfangs negativ ausgefallen war, deutlich positiv, was die Fleckfieberdiagnose bestätigte. L.

Dr. **Felix Großmann** (Görden bei Brandenburg a. H.): **Beiträge zur Behandlung der Tuberkulose mit Linimentum Tuberculini compositum Petruschky.** (Medizinische Klinik 1920, Nr. 20.)

Verfasser berichtet ausführlich über einige Fälle von Lungen- und Drüsentuberkulose, bei welchen er mit Erfolg die Einreibungskur mit dem Linimentum Tuberculini compositum Petruschky zur Anwendung brachte, nachdem er selbst wegen offener Lungentuberkulose von Petruschky mit dem Liniment behandelt worden war und bei Petruschky an zahlreichen Kranken die Anwendungsweise und Wirkung des Präparats kennengelernt hatte. Er fängt unter Umständen mit den stärksten Verdünnungen (1:20 000) an, steigt aber nach Möglichkeit zu höheren Dosen auf. Er kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu dem Schluß, daß die Petruschky'sche Inunktion anderen spezifischen Behandlungsmethoden der Tuberkulose an Wirkung, Billigkeit und Bequemlichkeit überlegen ist. („Richtlinien für die Behandlung mit Lin. Tb. comp. Petruschky" können von der Handelsgesellschaft Deutscher Apotheker [Hageda], Berlin, NW. 21, bezogen werden.) L.

E. Neisser (Stettin): **Ueber Jodbehandlung bei Thyreotoxikose.** (Berl. med. Wochenschrift 1920, Nr. 20.)

Die innerliche Anwendung von Jod beim Morbus Basedow ist im allgemeinen streng verboten, weil Jod imstande ist, beim Basedow-Kropf thyreotoxische Erscheinungen hervorzurufen oder vorhandene zu verstärken. Demgegenüber berichtet Verfasser über Erfahrungen, aus denen hervorgeht, daß es thyreotoxische Symptomenbilder der Basedow'sche Erkrankungen gibt, bei denen Jod in sehr kleinen Dosen von hervorragender Heilwirkung ist. Besonders geeignet für die Jodbehandlung sind Fälle, deren Erkrankung 1. schon längere Zeit besteht, deren Gewichtssturz bereits eingetreten und schon zum Stillstand oder zu sehr erheblicher Verlangsamung gelangt ist, 2. bei denen der Kropf entweder gering entwickelt, wenig pulsierend oder bereits verkleinert ist, nachdem er früher groß war. 3. in denen Glanzaugen, nicht ausgesprochener Exophthalmus besteht, 4. bei denen typische Tachykardie, nicht aber Herzvergrößerung nachweisbar ist. Verfasser verordnet eine Lösung von Jodkali 1:20; er beginnt mit 3 mal täglich 3 Tropfen und steigt allmählich mit der Dosis bis höchstens 3 mal täglich 20 Tropfen. Bei einer bestimmten Dosis, meist 8—12 Tropfen, tritt plötzlich eine ganz ausgesprochene Besserung ein, die sämtlichen Symptome gehen innerhalb weniger Tage zurück, unter erheblicher Besserung des Allgemeinbefindens beginnt eine starke Zunahme des Körpergewichts. Es empfiehlt sich, die so ausprobierte optimale Joddosis längere Zeit die Patienten weiter nehmen zu lassen. L.

Dr. **Eduard Hochhuth** (Bochum): **Ueber echte Spätrachitis und ihre organotherapeutische Behandlung.** (Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie, Band 119, Heft 1.)

Die Spätrachitis hat mit dem Ende des Krieges an Menge erheblich zugenommen. Den objektiven Erscheinungen gehen subjektive Beschwerden voraus, wie Spannung und Steifigkeit in den unteren Gliedmaßen, Schmerzhaftigkeit in den Gelenken beim Stehen und Gehen, besonders in den Knie- und Hüftgelenken, dazu Mattigkeit und rasche Ermüdbarkeit. Dann erst zeigen sich die Verbiegungen an den Diaphysen der unteren Extremitäten. Die Höhe der Erkrankung dokumentiert sich in einer allgemeinen Hemmung der körperlichen Entwicklung, wobei das infantile Aussehen erhalten bleiben und die Erscheinungen der Geschlechtsreife ausfallen können. Die Kalkapposition ist vermindert, die Kalkresorption gesteigert. Es liegt eine Störung des Kalkstoffwechsels im ganzen Organismus vor, nicht nur im Knochensystem. Ob ungenügende Zufuhr oder übermäßige Ausscheidung der Kalksalze letzten Endes der schuldige Faktor ist, bleibt noch zu entscheiden. Gute Erfolge werden therapeutisch mit Schilddrüsenpräparaten erzielt, ebenso mit Thymuspräparaten und Hypophysispräparaten. Von den Nebenschilddrüsenpräparaten hat man noch keine praktische Nutzanwendung gemacht. Versuche mit Knochenmark und Spermin schlugen fehl. Die Behandlung mit Nebennierenpräparaten nach Stöltzner (Rachioltabletten) hat sich auch bei der Spätrachitis bewährt. Ludloff hat mit Erfolg die subkutane Injektion von Suprarenin in Anwendung gebracht, deren Erfolge Verf. bestätigen konnte. Hh.

Dr. **Rudolf Decker** (München): **Technische Fortschritte der Röntgenuntersuchung der Bauchorgane mittels Pneumoperitoneum.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 23.)

Nach des Verfassers Erfahrungen stellt das Pneumoperitoneum eine röntgenologische Untersuchungsmethode dar, die es ermöglicht, bisher nicht feststellbare Veränderungen innerhalb der Bauchhöhle zu erkennen. Jedoch betont Verf., daß die Aufblasung nicht statt der bisherigen Röntgenuntersuchung, sondern zur Ergänzung derselben Anwendung finden soll. Besonders zur Feststellung intraabdomineller Verwachsungen leistet die Aufblasung vorzügliches und kann durch keine andere Untersuchungsmethode ersetzt werden. Pathologisch veränderte Gallenblasen lassen sich fast stets darstellen, dagegen nicht ihr Inhalt. Leber, Milz und Nieren geben schöne und deutliche Bilder. In der Diagnose der Magenerkrankungen kann das Pneumoperitoneum die alte Durchleuchtungsmethode häufig ergänzen und wird vielleicht in günstig gelegenen Fällen die Frühdiagnose des Karzinoms ermöglichen. Die Methode ist bei richtiger Handhabung der Technik und vorsichtiger Indikationsstellung vollkommen ungefährlich. In therapeutischer Hinsicht kommt sie bei der Bauchfelltuberklouse in Betracht, ferner ist zu erwarten, daß sie zur Vermeidung postoperativer Verwachsungen nach Laparotomien erfolgreich Anwendung finden wird. —n.

Dr. **Albert E. Stein** (Wiesbaden): **Die Röntgendurchleuchtung von inneren Organen mit Hilfe eines neuen Durchleuchtungsschirms.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 38.)

Verf. hat einen neuen Durchleuchtungsschirm angegeben, der den Vorzug besitzt, zur Grundlage eine biegsame Folie zu haben, welche sich dem Körper anschmiegen läßt. Dadurch ist der Zweck erreicht worden, den man mit der direkten Anpassung einer Leuchtmasse an den Körper verfolgt hat, ohne zum Ziel zu gelangen. Der in der Chemischen Fabrik von Heyden in Dresden-Radebeul hergestellte Schirm wird mit Gurten und Schnallen an den Körper angelegt. Die durch die Anschmiegung gewonnenen Vorzüge zeigen sich namentlich in der Durchleuchtung der Lungenspitzen und des Herzens. Zur Anfertigung von Herzzeichnungen ist der biegsame Schirm allerdings nicht zu verwenden, da er verzogene Konturen ergeben würde. Hh.

Chirurgie.

Dr. **Th. Nägeli** (Bonn): **Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose.** (Ther. Halbmonatsh. 1920, Heft 17.)

Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose erstreckt sich nicht darauf, das tuberkulös erkrankte Organ anzugehen, sondern man versucht durch extrapleurale Eingriffe der Lunge die Möglichkeit zur Ausheilung zu verschaffen. Dabei sind zwei Wege einzuschlagen. Nach dem Vorschlage von W. A. Freund wurde der oberste Rippenknorpel reseziert, da Freund von dem Gedanken ausging, daß die Tuberkulose der Lungenspitzen durch eine Verengerung der Thoraxapertur infolge von Verknöcherung des obersten Rippenknorpels bedingt ist. Der andere Weg ist die Lungenkollapstherapie, welche eine Ruhigstellung der Lunge erstrebt. Die einfachste Methode hierfür ist der künstliche Pneumothorax, wobei die Lunge durch Einblasen von Stickstoff in die Pleurahöhle von der Brustwand abgedrängt wird und nach dem Hilus zu kollabiert. Unangenehm wird die-

ses Verfahren bei dem Vorhandensein von Atresien, die ja leider sehr oft vorkommen. Man versuchte daher den Kollaps der Lunge durch Mobilisation und Entknochung der Brustwand nach Brauer-Friedrich und die paravertebrale Rippenresektion nach Sauerbruch, wobei eine mehr oder minder ausgedehnte Resektion der 1. bis 11. Rippe vorgenommen wird. Bei starrwandigen Kavernen kommt man durch dieses Verfahren nicht zum Ziel und wendet die Pneumolyse an, die darin besteht, daß man die im Röntgenbild gut erkennbaren Adhäsionen durchtrennt. Dabei hat das intrapleurale Verfahren wegen der Gefahr der Blutungen nicht so viel Anhänger gefunden wie das extrapleurale. Durch die Ablösung entsteht ein Hohlraum, der durch Tamponade oder Fett ausgefüllt wird, besser noch durch die Plombierung mit Paraffin, welche die abgelöste Lungenspitze komprimiert. Zur Ruhigstellung des Unterlappens wendet man die Phrenikotomie an. Wenn in den Lungenkavernen der jauchige Zersetzungsprozeß gegenüber dem tuberkulösen im Vordergrund steht, dann kommt am Ende die Eröffnung der Kaverne zur Ableitung des Sekrets in Frage. Bei tuberkulösen Pleuraergüssen wartet man mit der Operation so lange wie möglich, da sie ja eine gute Retraktion und Kompression der Lungen bedeuten; sobald sie eitrig infiziert sind, muß natürlich auf chirurgischem Wege ein Abfluß geschaffen werden. Die Statistik von Sauerbruch spricht sehr für die chirurgische Therapie der Lungentuberkulose, da er unter 381 operierten Fällen in 35 % eine praktische Heilung erzielt hat, die direkte Operationsmortalität nur 2 % und die Mortalität in den ersten Wochen 12 % betrug. Dabei fällt sehr ins Gewicht, daß es sich meist um schwere Fälle handelte, die langjähriger interner und diätetischer Therapie trotzten. Hh.

Harn- und Geschlechtsorgane.

San.-Rat Dr. **Breiger** † (Berlin): **Lichtbehandlung bei Geschlechtskrankheiten (kombinierte Hg- und Lichtbehandlung) nach 20jähriger Erfahrung.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 35.)

Verf. hat auf Grund einer 20jährigen Erfahrung die Ueberzeugung gewonnen, daß das ultraviolette Licht sich in der Behandlung der Geschlechtskrankheiten ausgezeichnet bewährt hat. Bei der Lues kommt nicht die direkte Bakterientötung in Frage, sondern vielmehr eine spezifische Lichtwärmewirkung. Vielleicht ist auch die Wirkung eine esophylaktische, indem die Haut nicht nur den Körper vor äußeren Schädigungen zu bewahren hat, sondern auch eine bedeutende Schutzvorrichtung für die inneren Organe besitzt, wie erst kürzlich von Hoffmann (Bonn) ausgeführt wurde. Da die Haut bei allen syphilitischen Erkrankungen eine große Rolle spielt, so erscheint es Verf. wohl erklärlich, daß eine Beeinflussung der Haut durch ultraviolette Strahlen auf die Heilung der Syphilis günstig einwirkt. Daß die Haut bei der Syphilis eine große Bedeutung hat, geht daraus hervor, daß diejenigen Fälle, die später an Tabes oder Paralyse erkranken, keine oder nur geringe Hautsymptome gezeigt haben; daraus zieht Verf. auch den Schluß, daß in der Haut Abwehrstoffe gegen das syphilitische Gift erzeugt werden und die Hautausschläge ein Mittel der Natur sind, um hier Schutzstoffe zu erzeugen. Während der Lichtbehandlung ist die Quecksilberbehandlung nicht zu vernachlässigen, wobei besonders bemerkt sei, daß Verf. während der Lichtbehandlung mit sehr kleinen Dosen Quecksilber auskommt. In Anwendung kommt der Kohlenbogenlichtscheinwerfer mit blauen oder roten Vorsatzscheiben und zwei künstlichen Höhensonnen, wie sie in der Jesionek'schen Hallenlampe verwendet werden.

Zur Behandlung der Gonorrhoe kommt die bakterientötende Wirkung des ultravioletten Lichtes eher in Frage. Verf. bedient sich für diesen Zweck des Scheinwerfers und bestrahlt den Damm und die Harnröhre aus einer Entfernung von 1½ m mit Blaulicht von mäßiger Wärme, ohne stark desinfizierende Einspritzungen anzuwenden. Hh.

Otto Nast (Hamburg): **Eine neue Bubotherapie bei Ulcus molle.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 23.)

Veerfasser empfiehlt folgende Behandlung der Bubonen: Bei Bubonen, die kurz vor dem Durchbrechen stehen, spritzt er direkt vom entzündlichen Rand in den Bubo soviel 5proz. Yatrenlösung in 0,4proz. NaCl-Lösung (gewöhnlich 5 bis 7 ccm) ein, daß eine mäßig starke Spannung die Schmerzhaftigkeit noch steigert. Ueber die Einstichstelle kommt ein steriler Heftpflasterverband. Der Kranke kommt ins Bett, das ulcus molle wird lokal behandelt. Am nächsten Tage ist der Bubo etwas eingesunken. Am dritten Tage Stichinzision und Ausdrücken des Sekrets, steriler Heftpflasterverband. In den folgenden Tagen entleert sich nur noch blutig-eitriges und blutig-seröses Sekret, das in 5—10 Tagen versiegt. Die Haut legt sich an, womit der Bubo geheilt ist. Sind die Bubonen noch im Entstehen begriffen, so muß man die Injektion direkt vom entzündlichen Rand aus vornehmen. Es erfolgt dann in vielen Fällen Resorption des Bubo. Durchgebrochene Bubonen und Ulcera mollia hat Verf. häufig mit reinem Yatrenpulver und 5—10proz. Lösungen behandelt; die Resultate sind ermutigende. Bei follikulären und sehr in die Tiefe gehenden Ulcera mollia bewährte sich die Injektion des Grundes, während die reine Pulverbehandlung nicht in allen Fällen zur Abtötung der Streptobazillen führte. L.

Dr. **Voigt** (Würzburg): **Novasurol.** (Therapeutische Halbmonatshefte 1920, Heft 9.)

Verfasser hatte Gelegenheit, in einer Reihe von Fällen von Spätlues das von der Firma Bayer in Elberfeld-Leverkusen hergestellte Novasurol, eine organische Hg-Verbindung, anzuwenden. Es handelte sich um Kranke vorgerückten Alters (Ende der vierziger Jahre), welche schon mehrere ausgiebige Kuren hinter sich hatten und körperlich nicht mehr auf der Höhe waren. Die Dosis 2,2 ccm der 10 proz. Lösung vertrugen sie nicht, indem sie darauf mit heftigem Stuhldrang mit schmerzhaftem Tenesmus reagierten; deshalb ging Verf. auf 0,6 ccm herunter und steigerte die Dosis in 4tägigen Zwischenpausen langsam auf 1 ccm. In diesen Dosen wurde Novasurol sehr gut vertragen. Schon nach 2—3 intraglutäalen Einspritzungen begannen die Luessymptome zurückzugehen, in der Regel genügten 10—12 Einspritzungen, um bei den Erkrankten — es handelte sich um Kriegsteilnehmer — wieder die Dienstfähigkeit herzustellen. -n.

Dr. **Eicke** und Dr. **Rose** (Berlin): **Zur Frage der Spezifität der Sachs-Georgi-Reaktion.** (Med. Klinik 1920, Nr. 23.)

Nach den ausgedehnten, von den Verfassern in der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin vorgenommenen Untersuchungen ist die Ausflockungsreaktion nach Sachs-Georgi für Syphilis durchaus charakteristisch, falls man gute Extrakte verwendet und die Extraktserengemische über Nacht im Brutschrank beläßt und dann gleich abliest. Unter diesen Bedingungen ergibt die neue Reaktion nicht mehr unspezifische Ausfälle als die Wassermann'sche Reaktion. Ferner steht sie in der Konstanz ihres Vorkommens bei Syphilis der Wassermann'schen Reaktion nicht nach. Die Sachs-Georgi'sche Reaktion stellt daher eine gute Ergänzung der Wassermann'schen Reaktion dar, welche sie in vielen Fällen sogar ersetzen kann, z. B. bei Massenuntersuchungen, Prostituiertenkontrolle, wozu sie sich auch wegen der Einfachheit ihrer Technik eignet. L.

Hautkrankheiten.

Dr. **S. Werner** (Hamburg): **Trypaflavin in der Dermatologie.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 22.)

Auf Grund seiner Versuche empfiehlt Verfasser das Trypaflavin bei allen Impetigoformen und krustösen Ekzemen als Anfangsbehandlung, besonders bei den Pyodermien der Kinder. Das Trypaflavin wurde in ½—1 proz. Lösung aufgepinselt, anfangs wurde die wässerige, später die spirituöse Lösung verwendet, oft wurde der ganze Körper, in manchen Fällen mehrmals täglich, bepinselt. Man kann dabei ganz auf die Benutzung von Verbandsmaterial verzichten. Verfasser benutzte das gewöhnliche saure Trypaflavin; bei Affektionen mit freiliegendem Corium verursacht die spirituöse Lösung allerdings Schmerzen, was wahrscheinlich eine Wirkung des Spiritus ist. In der Mehrzahl der Fälle erfolgte die Heilung der schweren, ausgedehnten Pyodermien in relativ kurzer Zeit. In einem Teil der Fälle erwies sich die Beendigung der Behandlung mit der üblichen Salbentherapie, meistens Zink-Schwefelpaste, als zweckmäßig. L.

III. Bücherschau.

Grundriß der Hygiene für Studierende, Aerzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte und in der sozialen Fürsorge Tätige. Von Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. **Oscar Spitta** (Berlin). Mit 197 zum Teil farbigen Textabbildungen. — 1920, Berlin, Julius Springer. — 534 S., Preis 36,— M., geb. 42,80 M.

Das vorliegende Buch unterscheidet sich von den üblichen Lehrbüchern und Grundrissen der Hygiene vorteilhaft dadurch, daß es das Hauptgewicht auf die praktische Seite der Hygiene gelegt hat. Der Arzt, der sich mit hygienischen Fragen als Medizinalbeamter oder in der sozialen Fürsorge zu befassen hat, findet in dem Buch auf dem Gebiete der Hygiene alles, was er braucht, in kurzer und prägnanter Darstellung ohne theoretischen Ballast, alles durch vorzügliche, das Verständnis erleichternde Abbildungen erläutert. Von besonderem Wert ist bei jeder wassenden Gelegenheit der genaue Hinweis auf die in Frage kommenden Vorschriften der Gesetzgebung. Der Bakteriologie ist entsprechend ihrer Bedeutung für die Praxis ein besonders großer Raum gewidmet, aber auch hier der Praxis mehr Bedeutung gegeben, als der Theorie.

Die Ausstattung des Buches, Papier, Druck usw., sind ganz ausgezeichnet, bei der Schwierigkeit auf dem Papier- und Druckmarkt besonders anerkennenswert. Hh.

Privatdozent Dr. **Friedrich Löffler** (Halle a. S.): **Was müssen die Eltern von der orthopädischen Fürsorge und Erziehung ihrer Kinder wissen?** — 1920, Ferdinand Enke in Stuttgart. — 48 S., 29 Abbildungen. — Preis brosch. 6,— M.)

Es ist ein durchaus anerkennenswertes Unternehmen des Verfassers, in der vorliegenden Schrift den Eltern und Erziehern ein kurzgefaßtes Bild von all den Krankheiten des jugendlichen Alters zu geben, die einer orthopädischen Behandlung bedürfen. Handelt es sich doch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um Leiden, die zunächst harmlos und unwichtig erscheinen und darum gewöhnlich erst dann zur Behandlung kommen, wenn es zu spät ist, ein Gedanke, der in unserer Zeit allgemeiner Aufklärung und Volksbildung keinen Raum haben dürfte. Wenn auch das Bestreben, sich möglichst kurz zu fassen, Anerkennung verdient, so wäre doch mit Rücksicht auf die besondere Wichtigkeit der Materie eine größere Ausführlichkeit der Darstellung zweckmäßig gewesen. Hoffentlich erscheint recht bald eine neue Auflage in „vermehrter" Form; einer Verbesserung im Aufbau und der Art der Darstellnug bedarf es nicht. — Die Abbildungen sind ausgezeichnet, die Ausstattung des Büchleins vorzüglich. Hh.

Arzneipflanzen. — Merkblätter des Reichsgesundheitsamtes. Verlag von Julius Springer in Berlin. — 32 Blätter. Preis 1,80 M.

Das Reichsgesundheitsamt ist von der Notwendigkeit ausgegangen, die Bevölkerung darauf hinzuweisen, das fast in Vergessenheit geratene Einsammeln von Arzneipflanzen in Deutschland wieder aufzunehmen. Dazu ist aber in der Bevölkerung eine gründliche Kenntnis der Arzneipflanzen erforderlich. Um diese zu schaffen, hat das Reichsgesundheitsamt eine Reihe von Merkblättern (bis jetzt 32) herausgegeben, in denen die einzelnen Arzneipflanzen in ausgezeichneten Naturfarben abgebildet und in kurzer, gediegener Beschreibung dargestellt sind. Die einzelnen Merkblätter sind zu einem Büchlein zusammengefaßt, das in dem rühmlichst bekannten Verlage Julius Springer in Berlin einfach und nett ausgestattet ist und zu einem außerordentlich niedrigen Preise abgegeben wird. — Es wäre zu wünschen, daß die Anregung des Reichsgesundheitsamts auf fruchtbaren Boden fällt und das Einsammeln von Arzneipflanzen in Deutschland wieder eine größere Beliebtheit gewinnt, schon, um auch diesen Naturschatz unseres Vaterlandes nicht ungenutzt zu lassen. Hh.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Gelegentlich der Einführung der neuen Besoldungsordnung in Preußen wurden auch die medizinischen Amtsbezeichnungen geändert. Der frühere vortragende Rat (Geh. Medizinalrat, Geh. Obermedizinalrat, Wirkl. Geh. Obermedizinalrat) wird jetzt als Ministerialrat bezeichnet. Die Leiter der ärztlichen Abteilung des Hauptversorgungsamts und die Chefärzte großer Lazarette führen die Amtsbezeichnung Oberregierungsmedizinalrat; die ordinierenden Aerzte der Beobachtungskrankenhäuser und die Gutachter bei den Hauptversorgungs- und Versorgungsämtern führen die Amtsbezeichnung Regierungsmedizinalrat.

Wien. Durch Gesetz vom 13. Juli 1920 ist in Oesterreich die Krankenversicherung der Staatsbediensteten in Kraft getreten. Darnach ist durch die Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten gegen Krankheit versichert, wer auf Grund eines Dienstverhältnisses zum Staat oder zu einem staatlich verwalteten öffentlichen Fonds von der Republik Oesterreich oder von diesem Fonds einen Dienstbezug, der im Falle der Krankheit durch mindestens 6 Monate weiter gebührt, oder einen normalmäßigen Ruhe- oder Versorgungsgenuß im Inland erhält. Von der Versicherung ausgenommen sind die Volksbeauftragten und die Wehrmänner. Die Versicherung ruht für die im Bezuge von Ruhe- oder Versorgungsgenüssen stehenden Personen, so lange sie in einem die Versicherung nach den gesetzlichen Bestimmungen über die Krankenversicherung der Arbeiter begründenden Arbeits- oder Lehrverhältnis stehen. Mitglieder der Krankenversicherungsanstalt der Staatsbediensteten sind die Versicherten. Angehörige der Anstalt sind, soweit nicht selbst krankenversicherungspflichtig, die Ehefrau und minderjährigen Kinder sowie Verwandte des Versicherten in auf- und absteigender Linie, die in seinem Haushalt leben und von ihm auf Grund gesetzlicher Verpflichtung erhalten werden. Anspruch auf Krankenhilfe haben die Versicherten und die Anstaltsangehörigen. Die Versicherung schließt auch Wöchnerinnenunterstützung und Sterbegeld ein. Die Wahl des Arztes ist freigestellt. Wird ein von der Versicherungsanstalt zur ärztlichen Behandlung der Anspruchsberechtigten vertragsmäßig bestellter Arzt in Anspruch genommen, so geht die Behandlung auf Rechnung der Anstalt. Doch ist für jede solche Beiziehung eines Vertragsarztes eine Aerztegebühr zu entrichten, die die Satzungen in einer solchen Höhe festzusetzen haben, daß Mißbräuchen entgegengewirkt wird.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dem Privatdozenten Prof. Leonor Michaelis, der vor einiger Zeit einen Ruf als ordentlicher Professor für medizinische und physiologische Chemie an die Universität Lund erhalten hatte, wurde nunmehr vom Minister ein Lehrauftrag für physikalische Chemie in der Medizin erteilt. Michaelis hat dieses Gebiet durch eine große Anzahl wertvoller Arbeiten bereichert.

Die für Prof. F. F. Friedmann im alten Garnisonlazarett I in der Scharnhorststraße eingerichtete Tuberkulose-Abteilung wird dem Vernehmen nach demnächst geschlossen werden.

Frankfurt a. M. Der Privatdozent Dr. med. et phil. P. Kranz erhielt einen Ruf nach Königsberg als Leiter der konservierenden Abteilung des zahnärztlichen Universitätsinstituts.

Münster. Kreisarzt Prof. Dr. Besserer, beauftragter Dozent für gerichtliche Medizin und ansteckende Volkskrankheiten, erhielt noch einen Lehrauftrag für soziale Hygiene, Prof. Dr. Többen, beauftragter Dozent für gerichtliche Psychiatrie, einen solchen für soziale Psychopathologie.

Leipzig. Im Alter von 77 Jahren starb der frühere Ordinarius der Hygiene an der hiesigen Universität, Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Franz Hofmann. Er war in München geboren und begann dort seine Laufbahn als Assistent am physiologischen Institut; 1872 wurde er als a. o. Professor und Vorstand des Laboratoriums für pathologische Chemie nach Leipzig berufen, 1878 wurde er dann o. Professor für Hygiene. Seit einigen Jahren lebte er im Ruhestande. Seine ersten Arbeiten waren physiologisch-chemischen Fragen gewidmet; seine späteren behandelten verschiedene Gebiete der Hygiene, insbesondere die Desinfektion sowie das Ernährungswesen.

Heidelberg. Prof. Dr. Blessing in Rostock wurde als Direktor des hiesigen zahnärztlichen Instituts berufen.

München. Der Privatdozent und Oberarzt der Frauenklinik Dr. v. Seuffert wurde zum etatsmäßigen Medizinalrat bei der Hebammenschule ernannt.

Bern. Dr. Lenz habilitierte sich für Pharmakologie.

Bäderwesen.

Merans Fremdenverkehr. Nachdem der Fremdenverkehr in Meran während des Krieges vollkommen geschlummert hat und auch im vorigen Jahre fast kein Fremdenbesuch zu verzeichnen war, macht sich jetzt ein regeres Kurleben bemerkbar, das eine allgemein gute Saison erwarten läßt. Die Kurbesucher sind zum größten Teil Italiener, die dem neuerworbenen Stückchen Erde voller Pracht die größten Sympathien entgegenbringen und denen die Förderung von Meran sehr am Herzen liegt. Man sieht aber auch schon viele Deutsche in Meran, die ja von jeher für diesen prächtigen Kurort eine große Vorliebe hatten. Die italienische Regierung legt großen Wert darauf, den Fremdenverkehr von Meran zu heben, besonders von Deutschland aus, zu nicht geringem Teil auch von der Absicht geleitet, den Weg des Fremdenverkehrs dazu zu benutzen, die ehemaligen guten Beziehungen zwischen Italien und Deutschland wieder erstehen zu lassen. Die Einreiseerlaubnis nach Meran ist, falls sich wider Erwarten in Deutschland irgendwelche Schwierigkeiten zeigen sollten, mit Hilfe des Kurvorstandes von Meran ohne irgendwelche Schwierigkeiten zu erlangen. Den Paß und die verschiedenen Visa besorgt in Berlin bereitwilligst die deutsch-italienische Vereinigung (Berlin W, Charlottenstraße 50/51). Die Eisenbahnverbindungen nach Meran liegen sehr günstig; ein durchgehender Wagen geht von Berlin (ab 7 Uhr 45 Min. Anh. Bhf.) nach Bozen, mit direktem Anschluß nach Meran. Die Zollrevisionen in Kufstein und auf dem Brenner verursachen keine besonderen Schwierigkeiten. Jeder Reisende darf M. 3000,— bei sich führen.

Die Hotels und Sanatorien sind in vollstem Betriebe. Die bekannten Sanatorien sind noch im Besitz der alten Aerzte; in das Sanatorium „Waldpark" von Dr. Bergmann ist San.-Rat Dr. Curt Stern, früher Besitzer des Sanatorium „Quisisana" in San-Remo miteingetreten. Lebensmittel sind in Meran in einer zurzeit in Deutschland unbekannten Fülle vorhanden; die Preise in den Verpflegungsstätten stellen sich nicht höher als in Deutschland, selbst wenn man den niedrigen Valutastand der Mark in Betracht zieht.

Hoffen wir, daß Meran mit seinem milden, trockenen und sonnigen Klima, mit seiner reinen würzigen Alpenluft und seinen heiteren Tagen bald wieder nach den Stürmen des Krieges seinen alten Ruf als Erholungs- und Heilbad für die leidende Menschheit bewähren kann.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO16, Cöpenicker Straße 114.

Hermaphroditismus
verus internus m. menses.

Wir offerieren den Originalabguß der Genitalien eines bekannten Hermaphroditen in **tadelloser Ausführung** zum Preise von **M. 50.—** bei Voreinsendung des Betrags. Bei Nachnahme werden Portospesen extra berechnet.

Naturwissenschaftliches Präparatorium
Stuttgart, Ludwigstraße 26. D.





Baden-Badener Pastillen



bei allen Katarrhen der Atmungsorgane.
„BADAG"
Pastillenfabrik Baden-Baden
G.m.b.H.

SPIROGON

Praktisches und zuverlässiges Desinfektionsmittel zur
Prophylaxis der Geschlechtskrankheiten.

Auf den modernsten Lehren der wissenschaftl. Desinfektionskunde aufgebaut und in seiner Wirksamkeit ständig durch das bakteriologische Institut von Dr. Piorkowski-Berlin kontrolliert.

Gratismuster, Prospekte, Literatur zur Verfügung.

Union Fabrik. u. Handelsgesellsch., Berlin SW48, Friedrichstr. 7
Chemisch-Pharmazeutische Abteilung.

Patienten-Journal

Allgemeine ärztliche Buchführung

Probeformulare versendet **Verlag Oscar Coblentz, Berlin W 30**

WERMOLIN

D. R. G. M. **SPECIFIKUM** D. R. P. ANG.
GEGEN MADEN- U. SPULWÜRMER

IN STÄNDIGEM GEBRAUCH DER UNIV.-KINDER-KLINIK ROSTOCK DIR. PROF. DR. H. BRÜNNING

EMULSIO-CHENOP. ANTH. CPS.
PROBEN UND LITERATUR KOSTENLOS



DEUTSCHE WERMOLIN WERKE
BERLIN
SW 11 / Königgrätzer Str. 66 / Amt Lützow 3642

Prof. Dr. Schleichs Präparate

(medizinische und kosmetische)

sind in Friedensqualität sämtlich wieder lieferbar; besonders Wachs-Marmorseife, Peptonpasta, Pasta serosa, Salia anaesthetica usw. usw.

Chemische Fabrik Schleich, G. m. b. H.
Berlin N 39, Gerichtstrasse 12/13.

GLYKYLOL

wasserfreie Aluminium-magnesium Silikatpaste

Ein Antiphlogistum als Dauerumschlag
hält stundenlang warm!

Die Probedose **Mk. 9.50**

Chemische Industrie, Berlin SO. 33
Köpenickerstr. 147.

Dr. Fresenius'

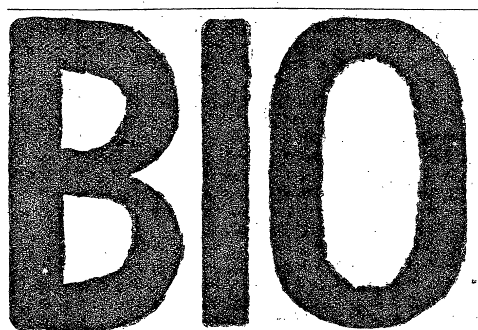
„Ampullen-Wasser"

D. R. W. Z.

(reines steriles Wasser)

nach Vorschrift von Prof. Dr. G. L. Dreyfus, Frankfurt a. M. und unter ständiger Kontrolle des „Georg Speyer-Hauses", Frankfurt a. M.

Bezugsquelle: Hirsch-Apotheke, Frankfurt a. M., Zeil 111.



Das **bevorzugte Kräftigungsmittel**
(Kein Kunstprodukt)

Aerztlich empfohlen bei:
Blutarmut, Bleichsucht, Unterernährung sowie allgemeinem Kräftezerfall.

-STAHL mit Kakao

Hervorragendes Nährmittel für Kinder.

Muster auf Wunsch.

Dr. W. STAHL
Chem. Laboratorium, Freiburg i. Br.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 9. Oktober 1920 | No. 41

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen. Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Chloraethyl „Henning“

Narkose, lokale Anästhesie

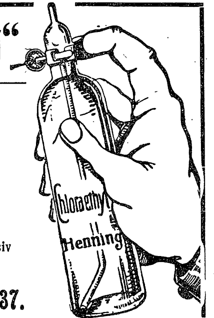
Glasflaschen mit Schraubverschluß
Glasflaschen mit automatischem Verschluß zum Wiederfüllen
Graduierte Flaschen mit Momentverschluß für Narkosen

METAETHYL

Mischung von Chloraethyl u. Chlormethyl, wirkt rasch u. intensiv

Nur in Apotheken erhältlich

Dr. G. F. Henning, Chem. Fabrik, Berlin N 37.



GASOZAEN

Ung. isoamyl. bihyd. emp.

Das beste ätiotrope und sympt. Mittel zur Tamponadenbehandlung der genuinen Ozaena

Aerztlich in der Charité erprobt und seit Jahren gut bewährt

Literatur: D. m. W. 1917 Nr. 17, 1919 Nr. 11

Preis pro 20 Tamp. M. 13.50

Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt durch

Ignaz Hadra, Germania-Apotheke, Berlin 54

Tefraco-Hämorrhoidal-Suppositorien

Von vorzüglicher Wirkung bei Erkrankungen des Mastdarms und bei Hämorrhoidalleiden.
Antiseptisch, adstringierend, granulationsbildend, heilend und schmerzstillend.
Jahrelang von med. Autorität erprobt.
Fettgrundlage: reinste Cacaobutter.

Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung!

Th. Franz & Co. Halle a. S.

Tefraco-Werk: Abtlg. Pharm. Präparate

Bestandteile: Metadioxybenzol, Bismuth subgallic., Zinc. oxyd. Bals. peruv., Ol. Cacao.

Dumex-Salbe

ärztlich erprobt und empfohlen in der Therapie von alten, schlecht granulierenden Wunden

besonders Unterschenkelgeschwüren, Krampfadern, Venenentzündungen, spätsyphilitischen Geschwüren, Durchscheuerungen der Amputationsstümpfe, Hämorrhoiden und Juckreizen im After, Wundsein und Durchliegestellen bei Erwachsenen und Kindern, bei Hautreizungen, Frostwirkungen, Verbrennungen aller Art, trockenen und nässenden Flechten, Favus, Ekzemen, Pruritus, rissiger Haut, Intertrigo, Entzündungen u. a. m.

Wirkt schmerzlindernd und juckreizstillend.

Größere Muster stehen zur Verfügung.
Erhältlich in den Apotheken in Schachteln zu 2,50, 6,00 und 14,00 M.

Laborator. Miros, Berlin N.O.18
Große Frankfurter-Straße 80-81

Der

Bonifaziusbrunnen

Bad Salzschlirf





als Heilmittel gegen Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden

Alle Drucksachen frei durch die Kurverwaltung

Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025—0,05 / 0,1—0,15
Pil. Solveoli Jasper 0,05—0,1—0,15 / 0,2—0,25—0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01—0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:
Kreosot 0,05—0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45 %, Haemoglobin 9 %, peptonis. Muskeleiweiß 46 %.

Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:
Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) Jasper 0,05
scat. unam orig.

Nur echt in geschlossener Originalschachtel.

Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
Bernau bei Berlin.



89. Jahrgang | Berlin, 9. Oktober 1920 | No. 41

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

Eduard Dietrich zu seinem 60. Geburtstag.

Am 10. Oktober feiert der Wirkl. Geh. Ober-Medizinalrat Prof. Dr. Dietrich, vortragender Rat im Wohlfahrtsministerium in Berlin, seinen 60. Geburtstag — sicherlich zur größten Ueberraschung der zahlreichen Kreise, welche Gelegenheit haben, das jugendliche Feuer und die elastische Frische zu bewundern, welche Dietrich auf all seinen Arbeitsgebieten an den Tag legt. Welchem Gebiet er auch immer sein Interesse entgegenbringt, überall tritt er voll und ganz dafür ein und zwingt es in den Bann seiner Persönlichkeit. Wo er ein Gebiet wissenschaftlich bearbeitet, da verliert er nie den praktischen Gesichtspunkt aus dem Auge. Selbst vorbildlich fleißig und unermüdlich, fördert er in seiner verbindlichen Art und mit seinem wohlwollenden Wesen bereitwilligst einen jeden, der seine Arbeit in den Dienst des Fortschritts stellen will. Bei diesen seinen hervorragenden Eigenschaften dürfen wir uns glücklich schätzen, daß sein Lebensschicksal ihn an eine so hohe, verantwortungsreiche Stelle gesetzt hat, von der aus er seine Fähigkeiten zum Segen des Vaterlandes entfalten kann.

Dietrich verdankt seine klinische Schulung in der Hauptsache Weber und Olshausen in Halle. Die bei diesen Meistern unserer Kunst gewonnenen Eindrücke haben ihn auf seiner ganzen Medizinalbeamten-Laufbahn, die ihm zu wissenschaftlichen Problemen und organisatorischem Aufbauen reichlich Anregung und Gelegenheit bot, begleitet. Auf verschiedenen Gebieten hat er sich erfolgreich betätigt. Auf dem Gebiete der Krankenpflege verdanken wir ihm wertvolle Arbeiten. Das Hebammenwesen hat durch ihn grundlegende Neuerungen und Fortschritte aufzuweisen. In der Pflege der Standesangelegenheiten sah er eine wichtige Pflicht des Medizinalbeamten; er half dem Aerztestand durch rege Mitarbeit an der Bekämpfung des Kurpfuschertums, suchte bei der Aufstellung der Gebührenordnung das materielle Wohl unserer Standesgenossen zu fördern und ist in seiner Eigenschaft als Vorsitzender der Hufeland-Stiftung zur Linderung der Not ärztlicher Hinterbliebener ein sorgsamer Hüter kollegialer Hilfsbereitschaft. In den großen Tagen des Weltenbrandes war er stets an hervorragender Stelle zu finden, wo es galt, den Kriegsteilnehmern, besonders den Kriegsbeschädigten, zu helfen. Sein organisatorisches Talent zeigt sich in seinen wertvollen Arbeiten über den Krankenhausbau. Mit besonderem Eifer förderte er das Bäderwesen, nicht aus wissenschaftlichen Gründen allein, sondern auch, weil er von dem Gedanken durchdrungen ist, daß die Kurorte, insbesondere in der Not unserer Zeit, einen kostbaren Besitz der Nation bedeuten, den man im Interesse der leidenden Menschheit nach Kräften hegen und pflegen soll. Durch die Gründung der Zentralstelle für Balneologie hat er den Bädern die Möglichkeit geschaffen, große wissenschaftliche Fragen auf dem Gebiete des Bäderwesens der Lösung näher zu bringen. Die Balneologische Gesellschaft, der altangesehene Sammelpunkt der wissenschaftlich strebenden Badeärzte, hat auf ihrer letzten Jahresversammlung Dietrich einstimmig zu ihrem ersten Vorsitzenden gewählt und ist ihm dafür besonders dankbar, daß er trotz seiner vielseitigen und reichen Fülle von Arbeit und Pflichten auch noch die Aufgabe übernommen hat, die Balneologische Gesellschaft in seinem Sinne zu leiten — bei dem großen Ziel, das er sich gesteckt, gewiß keine leichte Aufgabe!

Man möchte es kaum für möglich halten, daß ein Einzelner sich auf so viel Gebieten betätigen kann und alle Gebiete mit gleicher Gründlichkeit beherrscht. Das ist nur möglich, wenn sich Genialität und Arbeitsfreude bei einer Persönlichkeit so vereint finden wie bei Dietrich. An Ehrungen und Anerkennungen für seine erfolgreiche Arbeit hat es nicht gefehlt. Der schönste Lohn ist ihm jedoch das stolze Gefühl treuer Pflichterfüllung.

Mit den deutschen Aerzten hat das gesamte deutsche Vaterland allen Grund, dem Jubilar aufrichtig und von Herzen zu danken für alles, was er für die Aerzteschaft, für die Wissenschaft, für das Vaterland geleistet hat. Es kann das nicht besser als mit dem Wunsche, daß ein gütiges Geschick ihm noch recht lange seine Arbeitskraft und Arbeitsfrische erhalte — ihm zur Freude, uns allen zum Segen!

Hh.

I. Originalmitteilungen.

Ikterus im Kriege.

Von Prof. Dr. **C. Lewin** (Berlin).

Wohl jedem von uns ist die Tatsache aufgefallen, wie ungemein häufig der Ikterus während des Krieges in die Erscheinung getreten ist. Ich denke dabei nicht an den gewöhnlichen Ikterus, den sogenannten Icterus catarrhalis, der gemäß den herrschenden populären Anschauungen nach Diätfehlern, Erkältungen, Durchnässungen, Aufregungen etc. aufzutreten pflegt. Daß bei den Verhältnissen, wie sie im Felde bestanden, solche Erscheinungen sich öfters zeigten, wird nicht weiter Wunder nehmen, und auch unter den wenig guten Ernährungsverhältnissen der Heimat war eine Zunahme solcher katarrhalischer Ikterusformen nicht weiter auffällig. Wovon ich hier aber in erster Linie sprechen möchte, ist die auffällige Erscheinung, daß eine große Reihe von Infektionskrankheiten mit Ikterus kombiniert auftraten. Unter diesen steht, wie zu erwarten, die Weil'sche Krankheit an erster Stelle. Sie wird uns noch etwas ausführlicher beschäftigen. Aber es ist sicher nicht nur mir aufgefallen, wie z. B. die Pneumonie häufiger als sonst mit Ikterus vergesellschaftet war. Ich habe mehrere Fälle der sogenannten biliösen Pneumonie beobachten können, die mit intensivem Ikterus, stark grün-gelb gefärbtem Sputum, Bilirubinurie und ikterischen Schweißen verlief und fast ausnahmlos einen tödlichen Ausgang nahm. Ich kann mich nicht erinnern, während meiner ganzen Tätigkeit als Arzt an Krankenhäusern und in der Privatpraxis so viele biliöse Pneumonien gesehen zu haben. Ich nehme an, daß es sich hier um eine Mischinfektion mit Streptokokken gehandelt hat. Wir wissen ja, daß die Sepsis nicht selten mit Ikterus einhergeht. Ich habe einen solchen Fall ebenfalls gesehen, bei dem erst die bakteriologische Untersuchung die Diagnose ermöglichte. Es handelte sich um eine Infektion mit hämolytischen Streptokokken. Allein es ist auch denkbar, daß das Auftreten von Ikterus durch andere Infektionserreger hervorgerufen worden ist. Denn wir haben schon erwähnt, daß in einer großen Reihe von Infektionskrankheiten die ikterischen Erscheinungen auftraten. So kann ich eine nicht kleine Anzahl von Erkrankungen unter dem Bilde gastro-intestinaler leichter Störungen nennen, die mit Ikterus verliefen. In einzelnen Fällen war eine Paratyphus-Erkrankung, in andern eine Ruhrinfektion bakteriologisch nachgewiesen worden. Nephritis fehlte, so daß von vornherein die Diagnose der Weil'schen Krankheit unwahrscheinlich war. Hübener erwähnt in seinem Sammelreferat über die Weil'sche Krankheit, (Erg. der inneren Medizin, Bd. XV), daß abortive Fälle von Typhus oder Paratyphus zu Verwechslungen mit der Weil'schen Krankheit Anlaß geben können. Das hat schon Weil selbst betont, als er den nach ihm benannten Symptomenkomplex beschrieb. Hübener bemerkt, daß der Ikterus, der ja bei typhösen Erkrankungen an sich selten ist, hier doch bei manchen abortiven Fällen sehr frühzeitig auftreten kann. Doch fehlen dann die Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Leber und die nephritischen Erscheinungen sowie Blutungen, Muskelschmerzen und andere Zeichen schwerer Allgemeininfektion, die das Wesen der Weil'schen Krankheit ausmachen. Von sonstigen Erkrankungen, die unter dem Bilde des infektiösen Ikterus Weil verlaufen, möchte ich hier ganz besonders die Malaria nennen. Hübener hat das auch öfters gesehen, und er betont, welche Schwierigkeiten die Diagnose Malaria in solchen Fällen darbietet, die klinisch ganz unter dem Bilde des Abdominaltyphus, der Dysenterie oder der Weil'schen Krankheit mit Ikterus und Nephritis verlaufen. Ich habe selbst einen solchen Fall beobachtet, wo etwa 1½ Jahre nach einer schweren Malariainfektion Milztumor von enormer Größe und Ikterus sowie hämorrhagische Nephritis bestand. Es gelang auf keine Weise mehr der Nachweis von Malariaparasiten oder von Malariapigment, und ich muß es auch heute noch als zweifelhaft hinstellen, ob es sich nicht um einen Fall von erworbenem hämolytischem Ikterus gehandelt hat, den ich noch später behandeln werde. Es fehlte hier nämlich der Gallenfarbstoff im Urin, so daß von einem echten Ikterus nicht gesprochen werden konnte. Es wäre wohl zu fragen, ob nicht auch der bei anderen Infektionskrankheiten beobachtete Ikterus in die Kategorie dieses hämolytischen Ikterus nach Infektionen gehört, der in der Literatur ja vielfach beschrieben worden ist. Von Umber ist hervorgehoben worden, wie häufig die akute gelbe Leberatrophie während und nach dem Kriege in die Erscheinung getreten ist. Auch hier wäre wohl an Infektionserreger zu denken, wie in den Fällen, wo es nicht zu diesen Komplikationen kam, über die ich schon gesprochen habe.

Ich möchte mich auf diese kurzen Hinweise beschränken und nun mich der Weil'schen Krankheit zuwenden, die ja während des Krieges ein außergewöhnliches Interesse erregt hat. Sie ist von Weil im Jahre 1886 zuerst beschrieben worden als eine mit Milztumor, Ikterus und Nephritis einhergehende akute Infektionskrankheit. In der Folge ist dann wiederholt epidemisches Auftreten dieser Krankheit beschrieben worden (Literatur bei Hecker und Otto 1911). Während des Krieges gelang dann Hübener und Reiter sowie Uhlenhuth und Fromme der Nachweis, daß es sich hier um eine spezifische Infektion mit einer besonderen Form der Spirochäte handelt. Wie Hübener hervorhebt, ist diese Spirochäte identisch mit der von japanischen Forschern schon vorher beschriebenen Spirochäte ictero-hämorrhagica, die bereits von ihnen im Januar 1915 als Erreger der Weil'schen Krankheit angesprochen worden ist.

Die Klinik der Weil'schen Krankheit will ich hier nur kurz skizzieren. Nach einer Inkubation von 5—7—9—11 Tagen tritt plötzlich Fieber aus vollem Wohlbefinden heraus mit Magen-Darmbeschwerden, allgemeiner Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen auf. Muskelschmerzen in den Waden und Neigung zu Blutungen in die Haut und Schleimhaut sind Frühsymptome. Schon früh tritt Eiweißausscheidung auf, die in typischen Fällen selten vermißt wird. Im zweiten Stadium der Erkrankung, das unter Stärkerwerden aller dieser Erscheinungen einsetzt, kommt es dann am 4. bis 6. Tage zu rasch sich steigernder Gelbsucht mit Milztumor, der häufig aber auch fehlt. Gleichzeitig werden die nephritischen Erscheinungen stärker, Hämaturie und Anurie werden häufiger beobachtet. Es handelt sich um einen echten Ikterus mit Ausscheidung von Gallenfarbstoff und Gallensäure in das Blut. Das Fieber zeigt einen charakteristischen Verlauf, fällt lytisch in 5—7 Tagen ab, am 11. Tage tritt meist Rekonvaleszenz auf. Die Prognose ist günstig, die Mortalität war keine erhebliche.

Was nun diese Weil'sche Krankheit für die Frage des Ikterus und seiner Pathologie bedeutungsvoll macht, sind ihre Beziehungen zu der einfachen katarrhalischen Gelbsucht. Hübener erwähnt zwei solcher Fälle, die von den behandelnden Aerzten zum einfachen katarrhalischen Ikterus gerechnet wurden, die aber durch ihn und Reiter ebenso wie einige ähnliche Fälle bakteriologisch als Weil'sche Krankheit durch den Nachweis ihres Erregers identifiziert werden konnten. Hübener bemerkt deshalb ganz zutreffend, wie schwer die klinische Abgrenzung der abortiven Fälle der Weil'schen Krankheit gegen den katarrhalischen einfachen Ikterus ist. In der Tat hat ja schon Naunyn den katarrhalischen Ikterus als eine Krankheit sui generis abgelehnt, weil er der Meinung ist, daß zwischen katarrhalischem und infektiösem Ikterus kein prinzipieller Unterschied besteht, ja er meint, daß wohl die meisten Fälle des katarrhalischen Ikterus infektiöser Art sind. Daß nun aber etwa alle Fälle von katarrhalischem infektiösen Ikterus durch die Spirochäte der Weil'schen Erkrankungsform hervorgerufen werden, ist keineswegs richtig. Das wird sowohl von L. R. Müller wie von Hübener durchaus abgelehnt. Wir haben ja schon gesehen, eine wie große Reihe von Infektionserregern mit Ikterus vereint einhergehen kann. Das können auch noch unbekannte Erreger sein. Hübener betont, daß ein Teil der gehäuft auftretenden, als katarrhalischer oder infektiöser Ikterus gedeuteter Erkrankungen weder zu der Weil'schen Infektionskrankheit noch zu einer der bekannten ansteckenden Krankheiten gehören, sondern vielleicht durch ein besonderes Agens hervorgerufen sein kann, und er zitiert eine Reihe von Beobachtungen, wo solche epidemischen Ikteruserkrankungen auftraten, ohne daß ein Erreger gefunden werden konnte.

Soviel steht also fest, daß wir den meisten Formen des Ikterus, also auch dem gewöhnlichen katarrhalischen Ikterus eine infektiöse Ursache zuschreiben müssen, die durch alle möglichen Erreger hervorgerufen sein kann. Der berühmte Schleimpfropf im Duodenum genügt ebensowenig wie ein vom Duodenum aufsteigender Katarrh zur Erklärung des Ikterus.

Wie kommt nun der Ikterus bei den Infektionskrankheiten zustande? Naunyn bezieht jeden Ikterus fast durchweg auf eine Cholangitis, und er meint, daß es sich hier um einen Resorptionsikterus handelt, den er ja überhaupt einzig und allein gelten läßt. Die Verlegung der feinsten Gallengänge spielt dabei die Hauptrolle, aber auch Zerfall ihrer Wandungen kann Ursache des Uebertrittes von Galle in die Lymphbahnen werden, und schließlich scheint die Schleimhaut durch entzündliche Veränderungen für Galle durchgängig werden zu können, so daß das in den Leberzellen richtig abgesonderte Sekret ohne weiteres in den Gallengängen und der Gallenblase wieder resorbiert werden kann.

Man wird ohne weiteres zugestehen müssen, daß die Entstehung des Ikterus bei Infektionskrankheiten durch die infektiöse Cholangitis und damit durch Stauung und Resorption von Galle in den feinen und feinsten Gallenwegen erklärt ist, ganz im Sinne der Eppinger'schen Untersuchungen, der ja überhaupt keine andere Erklärung für das Zustandekommen des Ikterus zugestehen will. Aber für die Weil'sche Krankheit ist pathologisch-anatomisch durch Beitzke, Herxheimer, Pick einwandfrei festgestellt worden, daß es sich hier nicht um einen Stauungsikterus han-

delt. Vielmehr muß hier als Ursache des Ikterus ein degenerativer Zerfall der Leberzellen selbst, also eine Hepatitis, wie bei der akuten gelben Leberatrophie, angenommen werden.

Die Anschauung also, daß jeder Ikterus als Stauungsikterus aufgefaßt werden muß, die nach Naunyn zuletzt wieder von Umber vertreten wird, besteht doch nicht zu Recht. Gerade die im Verlaufe von schweren septischen Erkrankungen auftretenden Ikteruserscheinungen scheinen mir sehr viel eher nicht auf infektiöser Cholangitis, sondern auf einer Erkrankung der Leberzellenparenchyme selbst zurückgeführt werden zu müssen. Hier käme die von Minkowski zuerst vertretene Auffassung einer Ikterusentstehung durch Funktionsstörungen der gallebereitenden Zellen, ein Ikterus durch Parapedese der Galle, wohl durchaus zu ihrem Recht. Ganz ersichtlich falsch aber ist die Auffassung des sogenannten hämolytischen Ikterus als eines Stauungsikterus. Während des Krieges ist offensichtlich auch diese sonst so seltene Erkrankung häufiger aufgetreten. Wir unterscheiden bekanntlich eine angeborene und eine erworbene Form des hämolytischen Ikterus. Beide sind gekennzeichnet durch Milztumor, Anämie und Bradykardie, dagegen reichlicher Urobilinausscheidung und acholischen Stuhlentleerungen. Der erworbene hämolytische Ikterus tritt, wie ich an anderer Stelle bereits ausgeführt habe, sehr häufig im Anschluß an akute Magendarminfektionen auf. Den Ikterus hier aber als Stauungsikterus anzusprechen, erscheint ganz abwegig. Denn es ist ja gar kein Ikterus, da nicht die Galle, sondern nur die Gallenfarbstoffe in das Blut gelangen und im Urin ausgeschieden werden. Wie soll aber bei Gallenstauung in den feinsten Kapillaren ein Uebertritt von Gallenfarbstoffen ohne Gallensäure erfolgen können? Erscheint es doch noch nicht einmal als sicher, daß es sich um Bilirubin handelt, das die Gelbfärbung der Haut, den Ikterus, bedingt. Es steht fest, daß der Farbstoff aus zerfallenem Blutfarbstoff gebildet wird, und es scheint durchaus wahrscheinlich, daß dieser Vorgang sich außerhalb der Leber, insbesondere in der Milz abspielen kann, wie das die Arbeiten am Aschoffschen Institut beweisen. Jedenfalls erscheint es nicht angängig, hier von einem Stauungsikterus zu sprechen. Es wird also erneut zu prüfen sein, ob wirklich jeder Ikterus hepatogen in dem Sinne ist, daß die Bildung des Farbstoffs und sein Uebertritt ins Blut nur in der Leber erfolgen muß. Für die Fälle von echtem Ikterus mit Uebergang von Gallenfarbstoffen und Gallensäuren in das Blut wird das allerdings zutreffen.

M. H.! Für uns in der Praxis und insbesondere für die Kollegen in den Badeorten, wo die Erkrankungen der Gallenwege vorwiegend zur Behandlung kommen, ergibt sich aus meinen Darlegungen wohl die Notwendigkeit strenger Individualisierung der ikterischen Erkrankung. Es wird nicht mit dem bloßen Trinken der bekannten abführenden Quellen zu erledigen sein, man wird auf die infektiöse Ursache der Cholangitis oder der Hepatitis, die zu Ikterus führt, zu achten und eine entsprechende Behandlung ins Auge zu fassen haben. Daß beim hämolytischen Ikterus eine Behandlung, die der Leber allein ihr Augenmerk schenkt, nicht zum Ziele führen kann, wird aus dem, was ich darüber ausgeführt habe, ohne weiteres verständlich sein.

II. Referate.

Innere Medizin.

Prof. Dr. **Georg Jawein** (Petersburg): **Ueber die Ursache der Herzhypertrophie und der Blutdrucksteigerung bei Nierenerkrankung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 37.)

Auf Grund eingehender Studien ist Verf. zu der Ueberzeugung gekommen, daß der Hauptgrund für die Erhöhung des Blutdrucks und für die Hypertrophie des Herzens bei Nierenerkrankungen in der verlangsamten Wasserausscheidung der Niere liegt. Die Größe der Herzarbeit hängt nur teilweise von der eingeführten Wassermenge ab, hauptsächlich vielmehr von der Schnelligkeit, mit der das Wasser von den Nieren ausgeschieden wird. Bei allen chronischen Glomerulonephritiden wird das Wasser langsamer ausgeschieden als von normalen Nieren; daher bei ihnen eine Blutdruckerhöhung und Herzhypertrophie. Bei arteriosklerotischen Nieren besteht eine Verzögerung der Wasserausscheidung infolge von Verminderung der Nierensubstanz, wodurch die Erhöhung des Blutdrucks und die Herzhypertrophie begründet ist, die sich aus einem ähnlichen Grunde auch bei Entfernung einer Niere einstellen. Bei den akuten Glomerulonephritiden ist eine sehr schlechte Wasserausscheidung durch die Nieren vorhanden und als Folge davon eine starke Erhöhung des Blutdrucks, der übrigens wiederum sinkt, wenn die Nieren wieder große Wassermengen ausscheiden können. Bei akuten und chronischen Nephrosen, bei denen die Wasserausscheidung der Nieren nicht gestört ist, findet sich auch keine Erhöhung des Blutdrucks und keine Herzhypertrophie. Bei den akuten Nephroso-Nephritiden ist zwar das Wasserausscheidungsvermögen schlecht, es wird aber durch die starken Oedeme, d. h. durch die Ausscheidung des Wassers aus dem Blute in die serösen Häute und das Unterhautzellgewebe mit Umgehung der Nieren kompensiert. In diesen Fällen kommt es auch zu keiner wesentlichen Erhöhung des Blutdrucks und zu einer geringen Hypertrophie des Herzens. Der Blutdruck wird jedoch größer und das Herz stärker hypertrophisch, wenn das Wasserausscheidungsvermögen der Nieren sehr schlecht wird und die Oedeme sich vermehren. Hh.

Prof. **Heinz** (Erlangen): **Ueber Reizmittel für die blutbildenden Organe. Elektroferrol, ein kolloides Eisenpräparat für intravenöse Injektion.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Im anämisch gewordenen Blut bilden sich Stoffe, welche das Knochenmark, speziell dessen Erythroblastengewebe, reizen, d. h. zu gesteigerter formativer Tätigkeit anregen. Verf. hat dies auch experimentell nachgewiesen. Auch chemische Substanzen können das Knochenmark zu gesteigerter Blutbildung anregen, neben Arsen vor allem das Eisen und seine Verbindungen. Die Eisenpräparate werden gewöhnlich per os zugeführt. Neuerdings hat aber die Chemische Fabrik von Heyden (Radebeul bei Dresden), ein kolloidales Eisenpräparat, Elektroferrol, hergestellt, welches 0,5 Proz. elektrisch zerstäubtes kolloidales Eisen enthält und sich für die intravenöse Einspritzung eignet. Nach von Verf. angestellten Tierversuchen ist Elektroferrol das am stärksten wirkende Mittel zur Anregung der Blutbildung. Einige Aerzte haben Elektroferrol bei Kranken mit bestem Erfolg angewendet. Man spritzt 0,5—1 ccm Elektroferrol intravenös ein. In vielen Fällen genügt schon eine einzige Einspritzung, um eine kräftige Steigerung der Erythrozytenneubildung zu erzielen, ev. ist die Einspritzung nach 14 Tagen zu wiederholen. Wahrscheinlich würde das Mittel auch bei Zufuhr per os, wenn auch schwächer, zur Wirkung kommen. L.

Dr. **Lämmerhirt** (Berlin-Oberschöneweide): **Ueber Heilerfolge bei chirurgischer und bei Lungentuberkulose mit der Friedmann'schen Vakzine.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 21—22.)

L. berichtet über eine Anzahl von mit der Friedmann'schen Vakzine behandelten Fällen und faßt seine Ergebnisse folgendermaßen zusammen. Bei chirurgischer Tuberkulose (Spina ventosa, Drüsentuberkulose usw.) ließ sich in 9 zum Teil veralteten Fällen Heilung erzielen, ein Fall blieb refraktär, 3 kombiniert behandelte Fälle scheiden zur Beurteilung aus. Bei Lungentuberkulose kamen 4 initiale, wenig aktive Fälle in kurzer Zeit zur Besserung, bzw. klinischer Heilung, 4 weit fortgeschrittene nach vorübergehender Besserung ad exitum. Zur Beurteilung des Wertes der Vakzine können diese Typen nicht dienen. 13 Fälle mit ausgedehnter, aber nicht hoffnungsloser Erkrankung wiesen fast alle ein Nachlassen der toxischen Erscheinungen, meist auch eine objektive Besserung (auch der Larynxtuberkulose) auf, es fehlt aber nicht an refraktären Fällen. 12 Fälle von offener aktiver, nicht veralteter Erkrankung kamen überraschend schnell zu fortschreitender Besserung bzw. völliger Heilung mit Schwinden der Tuberkelbazillen. — An einer spezifischen Heilwirkung des Friedmann'schen Impfstoffes ist — nach Verfasser — nicht mehr zu zweifeln. Dieser große Fortschritt in der Therapie der Tuberkulose muß durch Festlegung der Methodik und Neubearbeitung vieler Nebenfragen (Mischinfektion usw.) ausgebaut werden. Einen schädigenden Einfluß der Vakzine sah L. bisher in keinem Falle. L.

Dr. **Meta Rheinboldt** (Magdeburg-Cracau): **Klinische Erfahrungen mit Dijodyl.** (Med. Klinik 1920, Nr. 21.)

Verfasserin berichtet über ihre Erfahrungen mit dem von der Firma J. D. Riedel, A.-G. in Berlin dargestellten organischen Jodpräparat Dijodyl (Ricinstearolsäuredijodid). Das Präparat kommt in Tabletten zu 0,3 g und Gelatinekapseln mit je 0,3 g Dijodyl in den Handel; sein Jodgehalt beträgt 46,2 %. Den Magen passiert es unzersetzt, im alkalischen Dünndarmsaft wird es zerlegt und resorbiert. Die Tabletten müssen gut zerkaut werden, wenn das Dijodyl vollständig resorbiert werden soll; die Gelatinekapseln enthalten Dijodyl in Pulverform und lösen sich sehr schnell im Magen auf, so daß das Pulver im Darm vollständig zur Resorption kommt. Dijodyl wurde von allen Patienten gut vertragen und gern genommen, nur in einem Falle trat Schnupfen auf; es wurden mit mäßigen Mengen dieselben Wirkungen erzielt wie mit großen Jodkaliumdosen. L.

Dr. **E. Schickhardt** (München): **Butolan, ein neues Mittel gegen Oxyuriasis.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Das von den Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & Co., Leverkusen, hergestellte Butolan, (p-Benzylphenolcarbaminsäureester) wurde von Verfasser bei 26 Kindern im Alter von 2—12 Jahren gegen Oxyuren angewendet. Je 3 Tage lang wurde Butolan gegeben, und zwar täglich 2—4 mal 0,5 g nach dem Alter des Kindes. Mit 1—2 tägiger Pause wurde die Kur meistens noch 3 mal, in hartnäckigen Fällen auch 4 mal wiederholt. Durchschnittlich nach 7 Tagen waren die

Oxyuren beseitigt. Von den 26 so behandelten Kindern waren 22 nach einigen Monaten noch frei von Oxyuren. Bei den 4 übrigen ergab die Nachuntersuchung, daß die Heilung keine dauernde war. Butolan wurde von allen Kindern gut vertragen. Zu Beginn der Kur wurde stets ein Laxans (Kalomel) gegeben. Zur Verhütung der Reinfektion wurde die Analgegend mit grauer Quecksilbersalbe eingerieben.
—n.

Chirurgie.

Dr. **Werner Budde** (Halle a. S.): **Zur Behandlung schwerer komplizierter Unterschenkelfrakturen.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 34.)

Bei der Behandlung von schweren komplizierten Unterschenkelfrakturen kommt es namentlich bei muskelstarken Personen häufig vor, daß das obere Fragment sich nach außen dreht, weil der Tonus der Oberschenkel- und Hüftmuskulatur nachläßt und das Bein im Hüftgelenk nach außen rollt. Verf. hat nun einen recht einfachen Apparat konstruiert, der es ermöglicht, die Prüfung der Linie Großzehe—Patella—Spina iliaca zu erleichtern oder überhaupt zu ermöglichen und gleichzeitig die Möglichkeit zu geben, entstandene Drehungen mit einem Griff auszugleichen. Der Apparat kann durch die Firma Baumgartel in Halle a. S. bezogen werden.
Hh.

Dr. **Julius Alsberg** (Hamburg): **Spätfolgen von Lungensteckschüssen.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 34.)

Verf. hat zwei Fälle von Lungensteckschuß beobachtet, die jahrelang keine Erscheinungen hervorriefen, bis die „ruhende Infektion“ plötzlich entflammte und stürmische Erscheinungen hervorrief. Aus welchem Grunde die so lange Zeit in Ruhe befindlich gewesene Infektion aufgeflammt ist, ließ sich nicht feststellen. Jedenfalls zeigen die beiden Fälle, daß Lungenverletzte, die das Geschoß noch in der Brust haben, in einer ständigen Gefahr der Aufflammung der Infektion und in ständiger Lebensgefahr schweben. Hh.

Dr. **Erich Mühlmann** (Stettin): **Aufgaben im Kampfe gegen die chirurgische Tuberkulose.** (Med. Klin. 1920, Nr. 33.)

Verf. betont den Wert der Verbindung von klimatischer Kur, Ruhekur und Heliotherapie für den Kampf gegen die chirurgische Tuberkulose. Sowie wir die Lungenkranken den Heilstätten zu überweisen gewohnt sind, werden wir in Zukunft Sonnenbehandlungsstätten für Patienten mit chirurgischer Tuberkulose zur Verfügung haben müssen. Die Höhensonnenkuren im Hochgebirge scheitern und werden wohl noch längere Zeit scheitern an der Geldfrage; ebenso die Sonnenkuren an der See. Sonnenkuren im Flachland, wie Bier sie fordert, werden noch am leichtesten zu erreichen sein. Das Wichtigste bei der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose ist das möglichst frühzeitige Einsetzen der Behandlung, was sich ja bei der Lungentuberkulose so gut bewährt hat. — Bestimmte Fälle von chirurgischer Tuberkulose können erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt werden; so namentlich im Bereich der Phalangen, der Mittelhand- und Fußknochen, der Rippen und des Sternums. Auch bei der Röntgenbehandlung ist die möglichst frühzeitige Behandlung ausschlaggebend; die Tuberkulose muß sich eben noch in dem Stadium der geschlossenen Form befinden. Selbstredend müssen ausreichende Maschinen und eine einwandfreie Technik vorhanden sein. — Mit der Quarzlampe glaubt Verf. bestimmte günstige Wirkungen beobachtet zu haben. Jedoch möchte er den Optimismus nicht mitmachen, daß die Quarzlampe ein Spezifikum im Kampfe gegen die Tuberkulose darstellt. — Die Zukunftsaufgabe gegenüber der chirurgischen Tuberkulose gipfelt nach Verf. darin, daß auf sie dieselben organisatorischen Grundsätze anzuwenden sind, wie auf die Lungentuberkulose. Hh.

Dr. **Bernhard Döhner** (Bad Dürrheim): **Die Fistelfüllung im Dienste der chirurgischen Tuberkulosediagnose.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 37.)

Zur Untersuchung von Fisteln mit Röntgenstrahlen hat sich dem Verfasser die von Holzknecht angegebene Stäbchenmethode bewährt. Die Stäbchen bestehen aus Kakaobutter und einem Kontrastmittel und werden mit einer Pinzette in die Fistelgänge eingeführt, wobei jedes Stäbchen durch das nachfolgende tiefer in die Fistel hineingeschoben wird. Das Verfahren ist außerordentlich sauber und technisch leicht durchzuführen. Die Stäbchen wirken gleichzeitig als Sonde und zeigen Richtungsänderungen und Abzweigungen der Fisteln ganz deutlich an. Verf. füllt die Fisteln nicht nur bis zu dem Moment, wo erweichte Füllungsmasse herausquillt, mit den Stäbchen, sondern er schiebt dann noch einige Stäbchen ein, welche den Fistelleiter verdrängen und aus der Oeffnung herausquellen lassen. Durch einige aktive Bewegungen und Massage verteilt sich die inzwischen geschmolzene Stäbchenmasse, so daß man mitunter noch nachfüllen muß. Die Fistelöffnung wird mit einem Schrotkorn, das gleichzeitig als Marke dient, und Heftpflaster verschlossen. —

Die Vorschrift für die Stäbchen lautet:

Rp. Zirkonoxyd chem. pur. (Kontrastin) seu
Bismuth. carbon. seu Baryum sulfur. purissim. Merck
Butyr. Cacao aa
Xeroform 5%
Fiant bacilli longitudine 8 cm
crassitudine 2 mm. Hh.

Privatdozent Dr. **Walter Zweig** (Wien): **Magenblutungen nach Gastroenterostomie.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 22.)

Verfasser macht darauf aufmerksam, daß die einfache Gastroenterostomie beim Ulcus ventriculi in einem Teil der Fälle unzureichend wirkt, insofern, als entweder ein Ulcus jejuni pepticum an der Gastroenterostomiestelle auftreten kann oder das ursprüngliche Magengeschwür mit Blutungen und Schmerzen fortbesteht. Er bespricht in vorliegender Mitteilung speziell Fälle von Magenblutungen nach der Operation. Die Blutungen treten meist im Verlauf der ersten zehn Tage nach der Operation auf, sie stammen entweder aus dem alten Geschwür oder aus einem peptischen Geschwür an der Gastroenterostomiestelle. In den meisten Fällen gelingt es, die Blutungen durch innere Mittel zu beherrschen, jedoch wiederholen sie sich von Zeit zu Zeit. Von 34 Fällen, welche Verf. beobachtete, wurden 16 Fälle mit Resektion des Ulcus behandelt, bei diesen trat nur in 2 Fällen eine Blutung nach der Operation auf; von 10 Fällen, die mit einfacher Gastroenterostomie behandelt wurden, traten bei acht Blutungen auf, 7 mal wurde die Pylorusausschaltung mit Gastroenterostomie gemacht, 6 mal darunter zeigten sich Blutungen nach der Operation. Demnach kommt Z. zu folgendem Ergebnis bezüglich der Therapie: Die klassische Therapie des Ulcus ventriculi resp. duodeni ist die interne Behandlung. Wenn diese scheitert, dann kommt in erster Linie die Resektion des Ulcus mit Entfernung des Pylorus und Resektion eines Teiles des Fundus in Frage. Ist aus technischen Gründen die Resektion nicht möglich, so ist die Pylorusausschaltung nach Eiselsberg zu empfehlen. Die Gastroenterostomie als Operationsmethode des Ulcus ventriculi resp. duodeni ist zu verwerfen. L.

Dr. **V. E. Mertens** (Hindenburg, O.-S.): **Schmerz und Erbrechen im Beginn der Appendizitis.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 36.)

Auf Grund einer reichen Erfahrung ist Verf. zu der Ueberzeugung gelangt, daß das gleichzeitige Auftreten von Schmerz und Erbrechen im Beginn der Blinddarmentzündung auf Zerstörung oder Empyem des Wurmfortsatzes schließen läßt. In diesem Falle muß natürlich sofort operativ eingegriffen werden. Wenn das Erbrechen mehrere Stunden früher einsetzt als die Schmerzen, so ist die Operation nicht so dringlich. Die Gefahr besteht ja in dem plötzlichen Auftreten der lebenbedrohenden Zerstörung des Wurmfortsatzes zu einer Zeit, wo noch keinerlei Verklebungen entstehen konnten, wo also das Netz noch nicht seinen Wächterposten einnehmen konnte. rs.

Ohren, Nase, Hals.

Dr. **G. Blank** (München): **Ueber die Beziehungen zwischen chronischer Tonsillitis und Allgemeinerkrankung und über Tonsillektomie nach Klapp.** (Therapie der Gegenwart, Mai 1920.)

Verfasser bespricht die Frage des Zusammenhanges von Allgemeininfektionen mit chronischen Entzündungen der Gaumenmandeln. Was die Behandlung in derartigen Fällen anlangt, so entschließt er sich erst dann zur Ausschälung der Mandeln, wenn alle übrigen medikamentösen und diätetischen Behandlungsmethoden der Allgemeinerkrankung versagt haben. Denn ein absolut sicherer Nachweis des Zusammenhanges zwischen Tonsillen- und Allgemeinerkrankung läßt sich im Einzelfall niemals erbringen, die Berechtigung der Tonsillenentfernung ergibt sich a posteriori, aus dem therapeutischen Erfolg. Bei der Tonsillenausschälung empfiehlt B. auf Grund seiner Erfahrungen das von Klapp angegebene Verfahren. Bei diesem wird mittels eines von K. konstruierten Instruments, einer der Luer'schen ähnlichen Hohlmeißelzange (Fabrikant Max Kahnemann, Berlin) die Tonsille gefaßt und abgekniffen. Wenn man die Tonsille vorher mit einer Hakenfaßzange aus ihrem Bett vorzieht, gelingt nach Verf. die Entwicklung und das Fassen auch bei kleinen Mandeln leicht und vollständig. Außerdem kann man nach Schluß der Zange mit einer gebogenen Schere vom hinteren Gaumenbogen aus die schmale Gewebsbrücke hinter dem Zangenschluß durchtrennen. Nach Pinselung mit 10 proz. Cocainlösung läßt sich der Eingriff in wenigen Minuten fast ohne Schmerzen und im allgemeinen ohne stärkere Blutung ausführen. An einem Fall zeigt Verf. den Erfolg der Tonsillenausschälung bei einem chronischen Fieberzustand ohne sonst nachweisbare Ursache. -n.

Dr. **Caesar Hirsch** (Stuttgart): **Zur Kenntnis der ulzeromembranösen Stomatitiden.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Verfasser schildert zunächst in Kürze das Krankheitsbild

der Plaut-Vincent'schen Angina und weist besonders auf die Möglichkeit der Verwechslung der Affektion mit Diphtherie, ferner mit luetischen und tuberkulösen Rachengeschwüren hin. Die Diagnose kann meist nur mit Hilfe der mikroskopischen Untersuchung des Abstrichs (Nachweis spindel- oder zigarrenförmiger Bazillen von 10—12 μ Länge und 0,5 μ Dicke sowie kurzer Spirochäten mit 3—5 Windungen) gestellt werden. Was die Behandlung anlangt, so wurde von verschiedenen Autoren die lokale Behandlung mit Salvarsanpräparaten empfohlen. Auch Verfasser hatte früher gute Erfolge damit und mehrere Fälle mit einer 10 proz. Neosalvarsan-Glyzerinaufschwemmung in wenigen Tagen zur Heilung gebracht. Da er aber in den letzten Jahren mehrfach Versager bei der lokalen Salvarsantherapie hatte, ging er in diesen Fällen zur intravenösen Behandlung über, und es gelang mittels 1–4 Injektionen von 0,45—0,75 g Neosalvarsan Heilung zu erzielen. Neuerdings bewährte sich auch Silbersalvarsan in Dosen von 0,05—0,1 g sehr gut bei der Plaut-Vincent'schen Angina. Ferner erwähnt Verfasser, daß auch merkurielle Stomatitiden, die auch zu den Spirochätosen gehören, auf Salvarsaninjektionen viel rascher zurückgehen, als beim völligen Unterbrechen der antiluetischen Kur. Die gewöhnliche Stomatitis aphthosa sowie die Pyorrhoea alveolaris werden ebenfalls durch intravenöse Salvarsanbehandlung rasch zur Heilung gebracht.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Prof. Dr. **Walther** (Gießen): **Capsella Bursa als Secaleersatz.** (Med. Klinik 1920, Nr. 24.)

Neuerdings wurden von verschiedenen Autoren Präparate aus dem Hirtentäschlein (Capsella Bursa pastoris) als Ersatz der Secalepräparate bei Blutungen empfohlen. Da Secale cornutum zu den aus dem Ausland bezogenen Drogen gehört, welche gegenwärtig kaum mehr zu haben sind, besteht ein dringendes Bedürfnis nach wirklichen Ersatzmitteln. Verfasser hatte nun Gelegenheit, ein von dem Chemischen Laboratorium Dr. Denzel, Tübingen, aus der Capsella Bursa pastoris hergestelltes Extrakt, welches demnächst unter dem Namen „Thlaspan" in den Handel kommen soll und von dem 2—3 mal täglich 20—30 Tropfen gegeben werden, klinisch zu erproben, und zwar bei rechtzeitigen Geburten (3 mal bei Neigung zu atonischer Nachblutung), bei Aborten sowie bei starken Menorrhagien anderer Art fast durchweg mit sichtlichem Erfolg. Im allgemeinen wurde subjektiv eine ähnliche zusammenziehende Wirkung angegeben wie nach Secale. Da der Geschmack des Präparats nicht gerade angenehm ist, gab es Verf. mit Geschmackskorrigentien: Extr. burs. pastor. 25, Tinct. Aurant. 5, Tinct. Chin. comp. 20, 2—3 mal ½—1 Teelöffel. Verfasser empfiehlt das Mittel zu Versuchen 1. post partum nach Ausstoßung der Plazenta, 2. bei atonischen Blutungen post partum und post abortum, 3. bei Blutungen im Wochenbett, 4. bei starken Menorrhagien, ev. auch bei Metrorrhagien. Neuerdings wird auch ein Präparat in Ampullen zur subkutanen Einspritzung hergestellt. L.

Dr. **H. Sachs** (Berlin): **Ueber das Elektrokardiogramm der Schwangeren.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 34.)

Da das Elektrokardiogramm durch die Lageveränderung des Herzens beeinflußt wird, ist bei vorgeschrittener Schwangerschaft eine Abweichung der Kurve von der normalen von vornherein anzunehmen. Bumm hat eine auffallende Höhe der Zacken, insbesondere der T-Zacke, festgestellt. Verf. hat die gleiche Beobachtung gemacht und festgestellt, daß sich bald nach der Entbindung ein unverkennbarer Abfall der Zackenhöhe zeigt, was wiederum bei der T-Zacke besonders auffallend in die Erscheinung tritt. Hh.

Dr. **E. Vogt** (Tübingen): **Ueber Placenta praevia isthmica-cervicalis.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 26.)

In der Tübinger Universitätsfrauenklinik kamen unter 179 Fällen von Placenta praevia überhaupt während der Jahre 1908 bis 1919 im ganzen 10 Fälle von Placenta praevia isthmica-cervicalis zur Beobachtung. Man versteht darunter einen teilweisen oder vollständigen Sitz der Plazenta in der Zervix resp. im Isthmus, eine Definition, welcher eine Dreiteilung des Uterus in Corpus, Isthmus und Zervix zugrunde liegt. Die Placenta praevia isthmica-cervicalis galt bisher als sehr selten. Meist sind Mehrgebärende betroffen. Auch unter den 10 Tübinger Fällen war nur eine Erstgebärende. Das Hauptsymptom bei der Affektion ist die Blutung, welche in den verschiedensten Zeiten der Schwangerschaft, sogar schon im 3. Monat, auftreten kann. In den Tübinger Fällen zeigte die Blutung sich immer erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft. Die Stärke der Blutung war ganz verschieden und bot nichts Charakteristisches. Entweder blutete es in ganz unregelmäßigen Intervallen, oder schon der erste Blutverlust war so stark, daß sofort ärztliche Hilfe nötig war. Was die Behandlung der Placenta praevia anlangt, so ist nach Verfasser die Schnittentbindung durch abdominalen und zwar zervikalen Kaiserschnitt indiziert bei jeder stärkeren Blutung, bei lebendem und lebensfähigem Kind, sofern eine schwere Infektion auszuschließen ist. In allen übrigen Fällen kommt der Blasenstich, die Metreuryse, die kombinierte Wendung in Frage. Von den 10 Fällen wurden 6 extraperitoneal, 4 transperitoneal cervical operiert, und zwar konnten alle Mütter und Kinder durch die Operation gerettet werden. Die Blutung bei der Operation war in allen Fällen mäßig und leicht zu beherrschen. Nachblutungen kamen nie vor. Die Frauen verließen im allgemeinen am 10. Tage das Bett. Ernstere Störungen im Wochenbett fehlten. Die Operation wird in Lumbalanästhesie mit Novokain ausgeführt. Nach Verfasser ist allein die Schnittentbindung imstande, die Prognose bei Placenta praevia isthmica-cervicalis zu bessern. Von 23 Fällen der Literatur starben 9 an Verblutung, 2 an Sepsis. L.

III. Bücherschau.

Die anatomischen Grundlagen der normalen und pathologischen Herztätigkeit. Ein nicht gehaltener Vortrag von **J. G. Mönckeberg.** Dresden und Leipzig, Verlag von Theodor Steinkopff 1919. 24 S. M. 1,80.

Die Forschungen des letzten Menschenalters haben uns das Verständnis der normalen und pathologischen Herztätigkeit in weitgehendem Maße erschlossen und eine klare Einsicht in die anatomischen Grundlagen der Herzfunktion, in den verwickelten Bau der Herzmuskulatur gebracht. Wir wissen jetzt, daß im Herzen bestimmte Gegenden mit besonders ausgeprägter Automatie ausgestattet sind und daß die Erregungsleitung von den Vorhöfen zu den Kammern an eine bestimmte Bahn gebunden ist, es wurden ferner durch anatomische Untersuchungen diejenigen Elemente innerhalb der Herzmuskulatur aufgefunden, welche als Träger der Erregungsleitung und der automatischen Herzbewegung anzusehen sind. Verfasser gibt in vorliegender Abhandlung nach einer einleitenden Darstellung der historischen Entwicklung dieser Forschungen eine lichtvolle Schilderung des anatomischen Baues dieses der Erregungsleitung und der myogenen Herztätigkeit dienenden Apparates, welchen er als spezifisches Muskelsystem des Herzens bezeichnet, immer unter besonderer Hervorhebung der physiologischen und pathologischen Momente. Ohne eine gründliche Kenntnis dieser Dinge ist ein Verständnis weder der gegenwärtigen Anschauungen auf dem Gebiet der Pathologie des Herzens noch der modernen Herzdiagnostik möglich, und so kann allen Kollegen, denen diese Dinge bisher ferner lagen, vorliegende Arbeit als treffliche Einführung in das Gebiet empfohlen werden. L.

Theo Groedel's Untersuchungen zur Durchschnittsform des Elektrokardiogramms vom herzgesunden Menschen. Bearbeitet von Privatdozent Dr. **Franz M. Groedel** (Frankfurt a. M.-Nauheim). — Frankfurt a. M., Verlag R. Th. Hauser & Co. 1920. — 196 S., 6 Tafeln, 61 Tabellen, 18 Abbildungen.

Es ist nicht nur ein Akt vornehmer Pietät gegenüber seinem leider allzufrüh in der Blüte des Lebens und auf der Höhe seiner Schaffenskraft auf dem Felde der Ehre gebliebenen Bruder, sondern auch ein Verdienst um die Wissenschaft, insonderheit um die moderne Herzdiagnostik und funktionelle Herztherapie, wenn Franz M. Groedel aus dem Nachlasse seines Bruders Theo Groedel dessen wundervolle Untersuchungen zur Durchschnittsform des Elektrokardiogramms vom herzgesunden Menschen herausgegeben hat. Soll man an dem Werk mehr den enormen Fleiß bewundern oder die Klarheit der Schlußfolgerungen aus dem von Theo Groedel gewonnenen und von allen Seiten zum Vergleich herangezogenen Material? Die Entscheidung fällt schwer. Wer sich mit der Elektrokardiographie befaßt, wird für alle Zukunft gut daran tun, das vorliegende Groedelsche Werk zur Grundlage seines Studiums zu machen. Die ausgezeichneten Tabellen, die übersichtlichen Kurven, die lehrreichen Schemata und die glänzende Wiedergabe von Elektrokardiogrammen erleichtern das Verständnis wesentlich. Das Buch ist trotz der Sprödigkeit des Materials fließend geschrieben.

Man legt das Buch nicht ohne Wehmut aus der Hand, das letzte Werk gemeinsamer Arbeit der beiden „jungen Groedel", die von ihrem genialen Vater in das Gebiet der Herztherapie eingeführt in seinem Sinne und seiner würdig in so schöner Harmonie an dem weiteren Ausbau dieses Zweiges der Medizin gearbeitet haben. Möge das schöne Denkmal, das der überlebende dem heimgegangenen Bruder errichtet hat, eine würdige Aufnahme in der gesamten Aerzteschaft finden! Hirsch.

H. Huchard (Paris): **Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung.** Uebersetzt von Dr. Fritz Rosenfeld (Stuttgart). Mit einem Vorwort von Exz. Ernst von Leyden. — Zweite Auflage. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1919. — 216 S. — Preis brosch. 12,— M., geb. 19,20 M.

In zweiter Auflage liegt das ausgezeichnete Buch von Huchard über die Krankheiten des Herzens und ihre Be-

handlung in der vorzüglichen Uebersetzung von Fritz Rosenfeld vor uns. Als 1909 die erste Auflage erschien, da gab ihr unser Meister Ernst v. Leyden das Geleitwort auf den Weg und wies auf die Bedeutung der französischen neben den deutschen Klinikern auf dem Gebiete der Herzkrankheiten hin. Zugleich gab Huchard seiner Freude darüber Ausdruck, daß durch die Uebersetzung seine Ideen den deutschen Aerzten zugänglicher gemacht werden. In dem Austausch der Arbeiten verschiedener Nationen sah er einen weiteren Schritt zu dem harmonischen Zusammenwirken der Völker im Dienst der Kultur. „Die Wissenschaft einigt die Menschen und bringt die Völker einander näher; sie ist die große Befreierin und ihre Siege lassen keine Wunden zurück!" Nach alledem, was zwischen damals und jetzt vorgefallen ist, muten diese wahrhaft edlen Worte gewiß eigentümlich an!

Rosenfeld hat sich in der Uebersetzung streng an das Original gehalten, um die höchst interessanten Auffassungen von Huchard voll und ganz auf uns einwirken zu lassen. Soweit eine Uebersetzung das überhaupt zuläßt, kann man wohl behaupten, daß es dem Uebersetzer gelungen ist, in fließender Sprache die Eleganz der Darstellung zum Ausdruck zu bringen, die ja die Werke französischer Autoren kennzeichnen. Besonders wird uns Deutschen die subjektive Färbung der Vorlesungen auffallen, die das Buch beherrscht und recht sympathisch macht. Mancherlei mutet uns in dem Buch freilich fremd an. Nicht alles wird uns überzeugen, aber manches sicherlich zum Nachdenken anregen. In dem ablehnenden Urteil über die Nauheimer Kur wird sich wohl niemand auf die Seite Huchards stellen. Das läßt die wissenschaftliche Begründung und Erfahrung mit diesem ausgezeichneten Bade nicht zu. Dagegen werden wir der gesteigerten Beachtung der Trinkkuren bei Herzkrankheiten durch Huchard gern beipflichten. Um so größer ist das Verdienst des Uebersetzers, daß er dieses uns bisher noch etwas fernliegende Gebiet unserem Verständnis dadurch näher gebracht hat, daß er an die Stelle der französischen Kurorte die in ihrem Charakter und in ihrer Wirkung entsprechenden deutschen Bäder, die uns in ihrer Art geläufiger sind, gesetzt hat (Brückenau, Salzschlirf, Wildungen). Die Bekämpfung der Polypragmasie in der Behandlung der Herzkrankheiten ist nur zu begrüßen.

Das Buch verdient zweifelsohne die größte Beachtung der deutschen Aerzteschaft. Hh.

IV. Technische Fortschritte.

Die Aseptika-Instrumente nach Dr. Lilienstein (Bad Nauheim) bedeuten einen praktischen Fortschritt, den namentlich der ärztliche Praktiker begrüßen dürfte. Skalpelle, Nadeln und sonstige Instrumente, die der Arzt stets in sterilem und gebrauchsfähigem Zustande mit sich führen muß, sind so konstruiert, daß der Griff mit Alkohol gefüllt ist und die Instrumente nach dem System der Umsteckfederhalter in dem Alkohol liegen, um für den Gebrauch herausgeschraubt und umgekehrt hineingeschraubt zu werden. Bei absolutem oder evnt. 90—80% Alkohol leiden die Stahlinstrumente nicht. Hergestellt werden die Aseptika-Instrumente von der Firma B. B. Cassel in Frankfurt a. M.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Am 12. Oktober d. J. beginnt der von der Fürsorgestellen-Kommission des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose veranstaltete auf 8 Wochen berechnete Lehrgang zur Ausbildung von Tuberkulose-Fürsorgerinnen (4 Wochen theoretische und 4 Wochen praktische Ausbildung). Zur Teilnahme werden zugelassen staatlich geprüfte Kranken- und Säuglingspflegerinnen, ferner Wohnungs- und Fabrikpflegerinnen, Mitglieder des Vereins vom Roten Kreuz, des Vaterländischen Frauenvereins und sonstige Damen, die ihrer Vorbildung nach zur Betätigung in der sozialen Fürsorge geeignet sind. Der Unterricht wird unentgeltlich erteilt.

Die freie Arztwahl sollte ursprünglich bei den Groß-Berliner Krankenkassen am 1. Oktober eingeführt werden. Die dazu erforderlichen organisatorischen Vorarbeiten sind aber so umfangreich, daß die freie Arztwahl erst am 1. Januar des nächsten Jahres in Kraft treten kann.

Durch Verfügung des Ministers für Volkswirtschaft vom 1. September d. J. ist die bisher gültige und nur durch verschiedene Erlasse während der Kriegs- und Nachkriegszeit modifizierte ärztliche Gebührenordnung aufgehoben und durch eine neue mit Wirkung vom 1. Oktober 1920 ersetzt worden, welche bis zum 1. April 1922 Geltung haben soll.

Oldenburg. Für den Freistaat Oldenburg sind die Sätze der ärztlichen Gebührenordnung vom Jahre 1900 rückwirkend vom 1. Juli 1920 ab durch Ministerialverordnung vom 12. August 1920 auf das Dreifache erhöht worden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Dr. Alfred Grotjahn, seit kurzem Ordinarius für soziale Hygiene an der hiesigen Universität, wurde zum ordentlichen Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen ernannt.

Leipzig. Prof. Bumke (Breslau) hat den Ruf als Nachfolger Flechsigs auf den Lehrstuhl der Psychiatrie angenommen.

Frankfurt a. M. Der Bankier Speyer in New York, ein geborener Frankfurter, hat für die hiesige Universität 1 Million Mark gestiftet, unter der Bedingung, daß auch der Staat der Universität durch einen Zuschuß zu Hilfe kommt.

Jena. Der a. o. Professor der Chirurgie, Dr. Georg Magnus erhielt einen Lehrauftrag für Orthopädie.

Wien. Wie jetzt bekannt wird, starb der Privatdozent für Augenheilkunde Dr. Hermann Ulbrich 44 jährig am 1. April 1920 in Kokand in Turkestan. Er war beim Fall von Przemysl in russische Gefangenschaft geraten und stand unmittelbar vor der Heimkehr. Als Assistent von Czermak hatte er sich 1904 in Prag habilitiert und war 1910 nach Wien übergesiedelt, wo er ebenfalls die Venia legendi erhielt. — Der a. o. Professor für innere Medizin Dr. Wolfgang Pauli wurde zum a. o. Professor für biologisch-physikalische Chemie unter Verleihung des Titels und Charakters eines ordentlichen Professors ernannt. — Zeitungsnachrichten zufolge wird Prof. Steinach demnächst Wien verlassen und sich zunächst für ein Jahr nach Stockholm begeben, um dort seine Untersuchungen fortzusetzen.

Bäderwesen.

Die Notlage der Kurorte in den besetzten deutschen Gebieten.

Die Jahresversammlung des Allgemeinen Deutschen Bäderverbandes in Kissingen hat am 28. September von den Ausführungen des Kurdirektors Rütten (Bad Neuenahr) über den diesjährigen schlechten Besuch der Bäder, Kurorte und Sommerfrischen des besetzten Gebietes Kenntnis genommen und ihnen in allen Teilen zugestimmt. Es ist leider eine Tatsache, daß infolge der Besetzung die Zentren des Fremdenverkehrs in den Rheinlanden von den Bewohnern des unbesetzten Gebietes Deutschlands in starkem Maße gemieden worden sind. Der diesjährige Besuch erreicht nicht ein Drittel des normalen und die fehlenden zwei Drittel entfallen auf das unbesetzte Deutschland.

Die Folge hiervon ist, daß sowohl die Städte und Gemeinden, als auch die einzelnen gewerbetreibenden Bewohner dieser Gemeinwesen in große finanzielle Bedrängnis geraten sind. Zur Abwendung des sonst unvermeidlichen Zusammenbruchs der rheinischen Verkehrszentren und ihrer Bewohner richtet die Generalversammlung des Allgemeinen Deutschen Bäderverbandes an die Bewohner des unbesetzten Gebietes Deutschlands die dringende und herzliche Bitte:

„Vergeßt die Rheinlande und die daselbst wohnenden deutschen Brüder nicht; besucht wie früher so auch in Zukunft den deutschen Rhein mit seinen Heilquellen, Bädern, Kurorten, Sommerfrischen, zur eigenen Freude, Gesundung und Erholung, und zur Errettung der Gemeinwesen und ihrer Bewohner vor dem wirtschaftlichen Zusammenbruch und Elend!"

Unter Hinweis auf die Notiz in Nr. 16 unserer Zeitschrift möchten wir auch unsererseits nicht unterlassen, unseren Appell an den vaterländischen Sinn der deutschen Aerzte zu wiederholen und die Bitte der Bäder des besetzten Gebietes von Deutschland dringend einer wohlwollenden Beachtung zu empfehlen. Es mag ja dem vaterländischen Gefühl widerstreben, an einen Ort zu gehen, wo fremde Uniformen und Hoheitsabzeichen herrschen. Das ist aber ein verkehrter Patriotismus; man dient dem Vaterlande viel mehr, wenn man das Opfer bringt und diese gewiß recht bittere Pille hinunterschluckt; aber es ist eine Ehrenpflicht aller Deutschen, unseren Mitbürgern in den besetzten Gebieten bei jeder Gelegenheit zu zeigen, daß sie zu uns gehören und unseren Herzen nahestehen, daß wir wie die Freude, so auch das Leid mit ihnen teilen. So haben die Wiesbadener es besonders schmerzlich empfunden, daß der letzte Kongreß für innere Medizin nicht wie sonst in Wiesbaden getagt hat. Man mag ja in Stunden der Not empfindlicher sein und leicht dazu neigen, sich verletzt zu fühlen, wenn auch jede Absicht fern lag; aber wir tun dem prächtigen Taunusbad und seinen braven Bewohnern ein schweres Unrecht, wenn wir in ihnen den Gedanken aufkommen lassen, daß man in den Tagen des Glückes gern in seinen schönen Mauern geweilt hat, aber jetzt, wo sie im Druck sind, sie meidet. Der Kongreß für innere Medizin, der „Wiesbadener Kongreß", wie wir ihn immer genannt haben, gehört schon aus historischen Gründen nach Wiesbaden. Hier ist er geboren, hier hat er sich zu einer stolzen Höhe entwickelt, hier in seiner Heimat wird er immer neue Kraft finden — die Kraft des Riesen Antaeus! Hh.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.



Aus dem Gutachten des öffentl. Lab. von Dr. Aufrecht, Berlin:

Bakteriologischer Befund:

Kulturversuche haben ergeben, daß die Probe frei von schädlichen Mikroorganismen war.

Chemischer Befund:

Wasser	7,88 %
Stickstoffsubstanz	67,96 %
Fett (Aetherextrakt)	2,80 %
Lösliche Kohlenhydrate	19,12 %
Unlösliche Kohlenhydrate	0,52 %
Rohfaser	0
Asche	1,72 %
Phosphorsäure	0,46 %
Von der Stickstoffsubstanz erwiesen sich als verdaulich	88,2 %

Nach diesem Befund halte ich die Probe für ein beachtenswertes Präparat. Es ist besonders gekennzeichnet durch den hohen Gehalt an leichtverdaulichen Eiweißstoffen, besitzt bei sachgemäßer Aufbewahrung eine gute Haltbarkeit und gibt, mit Wasser oder Milch angerührt und aufgekocht, eine schmackhafte Speise von reinem, mildem Geschmack. In hygienischer Beziehung gibt sie zu einer Bemängelung keinen Anlaß.

Kostenfreie Muster stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Trocknungs-Werke Oetker & Co., G. m. b. H., Bielefeld

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang Berlin, 16. Oktober 1920 No. 42

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Caseosan

Sterile Kaseinlösung „Heyden".

Zur parenteralen Proteinkörpertherapie.

Erfolgreich besonders bei lokalen Entzündungsprozessen, insbesondere auch bei Gelenkerkrankungen;
subkutan und intramuskulär anwendbar ohne lokale Reizwirkungen (Dosis 1 bis 5 ccm);
Dosis bei intravenöser Zufuhr 1/2 bis 1 bis 2 ccm.

Schachteln mit 10 Ampullen zu 1 ccm,
Schachteln mit 6 Ampullen zu 5 ccm.

Electroferrol

Auf elektrischem Wege hergestellte **sterilisierte kolloide Eisenlösung „Heyden"** mit etwa 0,5 % Eisen in feinster Dispersion, gebrauchsfertig zu intravenösen Injektionen.

Stärkst wirksames Mittel zur Anregung der
Blutbildung.

Einzeldosis 1/2 bis 1 ccm.

Schachteln mit 10 Ampullen zu 1 ccm,
Schachteln mit 6 Ampullen zu 5 ccm.

Electroferrol kann auch per os verabreicht werden.
Einzeldosis 1—4 ccm. *Fläschchen zu 15 ccm.*

Nirvanol

Phenyläthylhydantoin.

Selbst bei schweren Erregungszuständen zuverlässig wirkendes

Hypnotikum und Sedativum.

Geruchlos und **geschmackfrei.**

Bewirkt in therapeutischen Dosen keine Störungen des Zirkulations- und des Respirationsapparates.

Schlafbringende Dosis: 0,3 bis 0,6 g.
Sedative Dosis: 0,15 bis 0,3 g, mehrmals täglich.
Als Hypnotikum eine Stunde vor dem Schlafengehen in heißer Flüssigkeit zu nehmen.

Schachteln mit 15 Tabletten zu 0,3 g,
Schachteln zu 10, 25, 50, 100 g.
Klinikpackungen vorhanden.

Acetylin

Acetyl-Salicylsäure „Heyden".

Acetylin-Tabletten zerfallen in Wasser sehr leicht, sind wohlbekömmlich, von tadelloser Beschaffenheit und sicherer Wirkung.

Glasröhren mit 20 Tabletten zu 0,5 g.

Proben und Literatur kostenfrei.

Chemische Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden



D. R. G. M. **SPECIFIKUM** D. R. P. ANG.

GEGEN MADEN- U. SPULWÜRMER

IN STÄNDIGEM GEBRAUCH DER UNIV.-KINDER-KLINIK ROSTOCK DIR. PROF. DR. H. BRÜNNING

EMULSIO-CHENOP. ANTH. CPS.

PROBEN UND LITERATUR KOSTENLOS



DEUTSCHE WERMOLIN WERKE
BERLIN
SW 11 / Königgrätzer Str. 66 / Amt Lützow 3642

Liophtal

Ideales Mittel bei allen Erkrankungen des Gallensystems bei Gallensteinen etc.

Besserung des Appetits
Regelung des Stuhlgangs
Baldiges Abklingen der Druckbeschwerden
Verminderung d. Anfälle
Abschwächung und Verschwinden der Anfälle

Von zahlreichen Aerzten ständig verordnet

Literatur und Muster stehen zu Diensten

Hoeckert & Michalowsky
Chemische Fabrik
Berlin-Neukölln

PERUOL

bewährtes Antiscabiosum

Vor Perubalsam durch schwache Färbung und Geruch sowie Fortfall der starken Beschmutzung der Wäsche ausgezeichnet

Muster und Literatur auf Wunsch!

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Pharmac. Abteilung, Berlin SO. 36.

89. Jahrgang **Berlin, 16. Oktober 1920** **No. 42**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Glaubersalzquellen als eigene Mineralwassergruppe.

Von Dr. **Zörkendörfer** (Marienbad-Franzensbad).

Die Einteilung der Mineralwässer, die im deutschen und österreichischen Bäderbuch durchgeführt wurde, ist zweifellos ungemein klar und zweckmäßig und deshalb allgemein anerkannt worden. Es muß nicht besonders hervorgehoben werden, daß die Schöpfer dieser Einteilung, Hintz und Grünhut[1]), sich damit ein großes Verdienst um die Balneologie erworben haben; es liegt mir deshalb fern, mit meinen folgenden Ausführungen eine Kritik dieser Einteilung zu üben, ich will nur einen Beitrag zu ihrer Ergänzung bringen. Haben doch Hintz und Grünhut[2]) selbst in dem von ihnen verfaßten Abschnitt des Handbuchs für Balneologie „die Mineralwässer, Moore und Mineralschlamme" ihre ursprüngliche Einteilung noch erweitert und etwas verändert, worauf sie ausdrücklich hinweisen.

Nach Hintz und Grünhut wird „das grundlegende Prinzip bei der chemischen Einteilung von den Anionen hergenommen"; damit sind, weil bei den Mineralwässern hauptsächlich die drei Anionen: Chlor, Sulfat, Hydrokarbonat vorkommen, drei große Klassen gegeben. Die eine Klasse, die mit vorwiegendem Chlor-Ion, ist eindeutig charakterisiert, die Kochsalzquellen. Die Wässer mit vorwiegendem Hydrokarbonatgehalt zerfallen schon in zwei Gruppen, die alkalischen und die erdigen Quellen, je nachdem unter den Kationen Alkalimetalle oder Erdmetalle vorwalten. Die Mineralwässer mit vorwiegendem Sulfat-Ion werden als Bitterquellen bezeichnet; dabei ist der für eine ganz bestimmt charakterisierte Mineralwassergruppe seit langem übliche Name auf eine größere Gruppe ausgedehnt worden, worin die „Bitterwässer" im engeren Sinne als „echte Bitterquellen" eine Untergruppe bilden, charakterisiert durch Vorwalten der Sulfate unter den Anionen, des Magnesiums unter den Kationen, also jener Bestandteile, die das als „Bittersalz" wohlbekannte Heilmittel Magnesiumsulfat bilden.

Die Gruppe der Glaubersalzquellen würde nach dem Einteilungsschema des deutschen und österreichischen Bäderbuchs unter den salinischen Bitterquellen erscheinen müssen; tatsächlich finden wir sie aber dort überhaupt nicht, sondern in anderen Gruppen zerstreut, selbst jene Wässer, worin das Sulfat-Ion so sehr vorwaltet, daß es mehr als 50 Aequivalentprozente sämtlicher Anionen beträgt. Das zugehörige Bad Elster z. B. ist im deutschen Bäderbuch unter die Eisenquellen eingereiht, nach mündlicher Mitteilung von Prof. Hintz deshalb, weil es der einzige nennenswerte Vertreter der Glaubersalzquellen im Deutschen Reich ist und deshalb aus äußeren Gründen keine eigene Abteilung dafür geschaffen wurde; wohl auch deshalb, weil die niedriger konzentrierten Quellen von Bad Elster pharmakologisch nicht als Glaubersalzquellen, sondern als Eisenquellen verwendet werden und dieser Kurort darum ohne Rücksicht auf seine stärkste Quelle, die Salzquelle, hier eingereiht wurde.

Als das österreichische Bäderbuch[3]) nachfolgte, wurde diese Schablone nachgeahmt, und so erscheint die Gruppe der Glaubersalzwässer zerrissen, Karlsbad unter den alkalischen, Marienbad und Franzensbad unter den Eisenquellen, obwohl rechtzeitig vorher darauf aufmerksam gemacht worden war, daß diese bedeutendsten Kurorte des ehemaligen Oesterreich die ihnen zukommende Charakterisierung erhalten sollen.

Diese Quellen sind sehr wohl charakterisiert und bilden eine streng in sich abgeschlossene Gruppe, so daß schon aus diesem Grunde ihre Zusammenfassung unter einem eigenen Namen notwendig ist, noch viel mehr aber deshalb, weil sie unter allen Mineralwässern pharmakologisch besonders hervorragen. Einige Aeußerungen aus der Literatur seien hier angeführt. Glax[4]) sagt: „Den höchsten therapeutischen Wert besitzen jedoch die alkalisch-salinischen Quellen, weil sich in denselben neben den kohlensauren Verbindungen des Natriums, des Kalkes und des Magnesiums bedeutende Mengen von Sulfaten und Chloriden finden"; Schmiedeberg[5]): „je vollständiger diese verschiedenen Gruppen von Bestandteilen in einem Wasser enthalten sind, desto mannigfaltiger sind seine Wirkungen und desto zahlreicher die Fälle, in denen es nützlich zu werden verspricht"; Glax[6]): „wie wir bereits früher bemerkt haben, bilden die alkalisch-salinischen Quellen durch ihre komplizierte Zusammensetzung nicht nur eine der interessantesten, sondern auch die für die Therapie vielleicht wertvollste Gruppe der Mineralwässer".

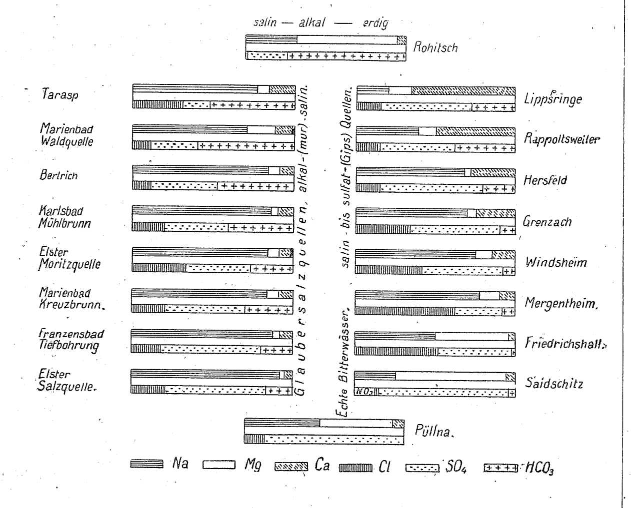
Die komplizierte Zusammensetzung dieser Quellen ist aber auch Ursache, daß keine einheitliche Nomenklatur aufgekommen ist. Wohl wird der Name „Glaubersalzquellen" gebraucht, aber häufiger wohl alkalisch-salinisch, salinisch-alkalisch, muriatisch-alkalisch-salinisch, alkalisch-muriatisch-salinisch und andere Kombinationen, so, abgesehen von älterer Literatur, bei Kisch[7]), und Glax (l. c.) und im deutschen und österreichischen Bäderbuch. Schütz[8]) hat in seinem Buche: „Grundzüge der Heilquellenlehre" die Gruppenbezeichnung „Glaubersalzquellen" aufgenommen und hält es darin für zweckmäßig, die Glaubersalzquellen als eigene Gruppe abzugrenzen, worauf ich noch zurückkomme.

Wir wollen unbedingt an dem von Hintz und Grünhut (l.c.) aufgestellten Grundsatz der Einteilung nach Anionen festhalten. Hierbei ergibt sich bei vorwaltendem Chlor-Ion eine

einheitliche, in sich abgeschlossene Gruppe, die „Kochsalzquellen", weil hierbei immer unter den Kationen Natrium-Ion vorwaltet. Aber schon bei vorwaltendem Hydrokarbonat-Ion ist eine Scheidung in zwei Gruppen notwendig gewesen, nämlich bei vorwaltendem Natrium-Ion die Gruppe der „alkalischen Quellen", bei vorwaltendem Kalzium- und Magnesium-Ion die „erdigen Quellen". Derselbe Vorgang scheint mir nun bei vorwaltendem Sulfat-Ion erst recht erforderlich, denn gerade hier ist die pharmakologische Wirkung und dementsprechend die therapeutische Anwendung von den Kationen abhängig. Unter den Kationen kommen in Betracht Natrium, Magnesium, Kalzium, Eisen. Die beiden ersten stehen in einem gewissen näheren Zusammenhang; mit äquivalenten Sulfat-Ionen wirken sie besonders auf den Darm[9]), in höherer (annähernd isotonischer und hypertonischer) Lösung abführend. Die entsprechenden Salze, Natriumsulfat-Glaubersalz und Magnesiumsulfat-Bittersalz, werden auch sonst als Abführmittel verwendet. (Auch in anderer Weise ist die pharmakologische Wirkung und Anwendung von Natrium- und Magnesiumverbindungen vergleichbar, z. B. als alkalisierende Mittel Natriumhydrokarbonat und Magnesiumoxyd.)

Dem Kalzium-Ion neben Sulfat-Ion wird weder theoretisch eine analoge Wirkung zugesprochen, noch in der Praxis eine solche zu erzielen versucht; wir können deshalb jene Wässer, welche Sulfat-Ion neben Kalzium-Ion enthalten, nicht in eine Linie mit den Magnesiumsulfatwässern stellen. Dasselbe gilt von jenen Wässern, die neben Sulfat-Ion Eisen enthalten. Bei diesen kommt therapeutisch die Eisenwirkung in Betracht, sie sind deshalb mit Recht aus den von Hintz und Grünhut[10]) angegebenen Gründen mit den Eisenquellen in eine Gruppe vereinigt worden. Vielleicht wäre es ganz zweckmäßig, wenn man schon die „sulfatischen", d. h. die Kalzium-Ion neben Sulfat-Ion enthaltenden Mineralwässer nicht nach dem Vorschlag Kionka's[11]) zu einer eigenen Gruppe der „Gipsquellen" vereinigen will, sie den „erdigen Quellen nahe zu stellen.

Ich habe versucht, in folgender graphischer Darstellung*) eine Gruppierung der Mineralwässer mit vorwaltendem Sulfat-Ion und der ihnen nahestehenden nach chemischen und pharmakologischen Gesichtspunkten vorzunehmen.



Ich gehe dabei von den Rohitscher Quellen aus, die manchmal den salinischen zugerechnet oder wenigstens nahegestellt werden, obwohl bei ihnen Hydrokarbonat-Ion ganz gewaltig überwiegt; dieser recht eigenartige Typus stellt den Uebergang von den Hydrokarbonat-Wässern zu den Sulfatwässern von der erdigen Seite aus dar; aber auch der Natriumgehalt dieser Wässer ist recht erheblich, sie lassen deshalb auch einen Anschluß an die alkalische Gruppe zu. Sie werden im österreichischen Bäderbuch als „salinisch-alkalisch-erdig" bezeichnet.

In beiden darunter anschließenden Reihen sehen wir unter den Anionen ein Ansteigen des Sulfat-Ions, während Hydrokarbonat-Ion abnimmt; gleichzeitig gesellt sich mehr oder weniger Chlor-Ion hinzu, der „muriatische" Anteil tritt auf, die Zusammensetzung wird komplizierter.

Während aber in der Reihe auf der linken Seite das Natrium-Ion so reichlich vertreten ist, daß es die Summe von Chlor- und Sulfat-Aequivalenten übersteigt und noch in das Hydrokarbonatgebiet hineinreicht, so daß Kalzium und Magnesium ganz zurückgedrängt erscheinen, sehen wir auf der rechten Seite einen größeren Anteil an Erden, deren Aequivalentsumme die Hydrokarbonatäquivalente merklich übertrifft, so daß noch ein nennenswerter Anteil des Sulfat-Ions den Erden gegenübersteht. In den oberen Beispielen der rechten Reihe überwiegt unter den Erden das Kalzium, in den unteren das Magnesium.

Das Beispiel Mergentheim ist im deutschen Bäderbuch charakterisiert: „Grenze zwischen muriatisch-salinisch-sulfatischen Bitterquellen und echten Bitterquellen", das nächste, Friedrichshall, ist ein „muriatisches echtes Bitterwasser", das letzte, Saidschitz, ein „echtes Bitterwasser".

Die linke Reihe enthält oben noch zwei Beispiele, Tarasp und die Marienbader Waldquelle, wobei Hydrokarbonat unter den Anionen weit überwiegt und der auf die Erden fallende Anteil von Hydrokarbonat kleiner ist, als der auf Natrium fallende. Das sind also noch echte alkalische Quellen, die sich von der Mehrzahl der alkalischen Quellen nur durch einen nennenswerten Gehalt an Chlor- und Sulfat-Ion auszeichnen, also als „alkalisch-muriatisch-salinische" bezeichnet werden können.

Je weiter wir aber in der Reihe nach unten vorschreiten, desto mehr tritt Hydrokarbonat-Ion gegen Sulfat-Ion zurück. Bertrich mag noch der ersten Gruppe zugerechnet werden; bei den folgenden, Karlsbad, Marienbad, Franzensbad und Elster, tritt aber der Charakter der „Glaubersalzquellen" rein hervor, und diese Gruppe ist es, die ich als eigene Klasse im System der Mineralwässer herausheben möchte.

Der Uebergang zu den echten Bitterwässern kann auch von dieser Seite aus gefunden werden, wenn Magnesium-Ion auf Kosten von Natrium-Ion zuwächst. Der Ring ist geschlossen mit jener Gruppe der echten Bitterwässer, die außer überwiegendem Magnesiumsulfat auch Natriumsulfat enthalten, als deren Vertreter ich Püllna dargestellt habe. Diesem Typus gehören die meisten Bitterwässer an.

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich nun zwanglos folgende Definition der Glaubersalzquellen:

Glaubersalzquellen sind jene Mineralwässer, unter deren Anionen Sulfat-Ion, unter deren Kationen Natrium-Ion vorwaltet.

Vorwalten des pharmakologisch bedeutenderen Sulfat-Ions ist gegeben, sobald es mit etwa gleichviel Aequivalenten wie Hydrokarbonat-Ion oder Chlor-Ion vertreten ist. Natrium-Ion muß soweit vorwalten, daß es die Aequivalentensumme von Chlor-Ion und Sulfat-Ion deckt.

Mit dieser Definition ist die medizinisch, geologisch und auch in mancher anderen Beziehung zusammenhängende Gruppe der Kurorte mit Glaubersalzquellen voll erfaßt. Sie erscheint mir zutreffender zu sein als die von Schütz[12]) aufgestellte Abgrenzung, welche nur diejenigen Glaubersalz enthaltenden Quellen dazu zählt, welche — nach der Salztabelle berechnet — nicht mehr als etwa 5 g Na_2SO_4 im Liter enthalten. Schütz wollte damit eine Abgrenzung gegenüber jenen Bitterwässern aufstellen, welche außer viel Magnesiumsulfat auch einen bedeutenden Anteil Natriumsulfat nach der Salztabelle aufweisen. Die Abgrenzung gegenüber den Bitterwässern ist vollständig gerechtfertigt und notwendig, sie wird mit obigen Regeln scharf getroffen, die Maximalgrenze von 5 g Na_2SO_4 würde aber höher konzentrierte Glaubersalzquellen als die bisher in Verwendung stehenden aus der Gruppe der Glaubersalzquellen ausscheiden, ohne daß diese dann in eine andere Gruppe eingeteilt werden können.

Die Glaubersalzquellen stehen aber jetzt vor einer bisher ungekannten Entwicklungsmöglichkeit, weil die Arbeiten der letzten Jahre bedeutend höher konzentrierte Wässer dieses Typus zutage gefördert haben, als bisher bekannt waren.

Schon bei der Fassung des Kreuzbrunnens in Marienbad wurden einzelne Zuflüsse dieser Quelle erschlossen, die bis über 250 Millival mit über 50 Aequivalentprozenten Sulfat aufweisen; die Beobachtungen des Ferdinandsbrunnens in Marienbad haben ergeben, daß diese Quelle noch weit höher konzentrierte Zuflüsse hat, die der Erschließung harren; die im letzten Jahre ausgeführten Bohrungen in Franzensbad haben sogar ein Mineralwasser von mehr als 300 Millival zutage gefördert, worunter 64 Aequivalentprozente Sulfat-Ion.

Die höchst konzentrierten, bisher bekannten Glaubersalzquellen mit einer Gefrierpunktserniedrigung von etwa 0,5° kamen der osmotischen Konzentration des menschlichen Blutes schon nahe, ohne sie ganz zu erreichen; sie sind nahezu isotonisch. Diese Konzentration scheint die physiologische Grenze zu sein, bei der mit einiger Sicherheit bei den meisten Menschen Wasserretention im Darm und damit verbunden

*) Die Darstellung ist in Aequivalentprozenten gegeben; ich bin aber von der sonst sehr übersichtlichen Darstellungsweise Wiechowski's in quadratischen Flächen abgegangen, weil es hier darauf ankam, Anionen und Kationen nebeneinander zu stellen, wozu sich die Darstellung in Längsstreifen besser eignet.

ekkoprotische Wirkung zu erzielen ist. Relativ gleich oder ähnlich zusammengesetzte Wässer mit voller Isotonie oder leichter Hypertonie werden die erprobte pharmakologische Wirkung dieser Mineralwassergruppe in erhöhtem Maße und mit größerer Sicherheit erreichen lassen, ohne bei länger dauerndem Gebrauch nachteilig zu wirken.

Soviel über die Abgrenzung gegenüber den Bitterwässern; nach der anderen Seite erscheinen in die Gruppe der Glaubersalzquellen nur solche Wässer aufgenommen, bei welchen Sulfat-Ion tatsächlich vorwaltet. Diese Grenzbestimmung ergibt sich nicht nur aus der ärztlichen Erfahrung, sondern auch aus der theoretischen und experimentell begründeten Erwägung Wiechowski's[13]), daß für die pharmakologische Bedeutung der Mineralwässer sowohl die Konzentration als die relative Zusammensetzung der Wässer von Bedeutung ist.

Wenn ich zur Bezeichnung den Namen „Glaubersalzquellen" gewählt habe, obwohl wir die Salzkombination ablehnen, so geschah es einmal, weil für die entsprechende Gruppe der Mineralwässer mit vorherrschendem Chlor-Ion der Name „Kochsalzquellen" eingeführt und angenommen ist, der Name der „Bitterwässer" auch mit dem „Bittersalz" in Zusammenhang steht und der andere zur Verfügung stehende Ausdruck „salinisch" eigentlich „salzig" bedeutet, also streng genommen hier gar nichts ausdrückt und wohl daher rührt, daß man die „salinischen Abführmittel", d. i. Glaubersalz und Bittersalz, mit diesem Wort in Gegensatz zu den „pflanzlichen Abführmitteln" gestellt hat.

Ich ziehe deshalb den Ausdruck „Glaubersalzquellen" vor, denn die beiden, das Glaubersalz bildenden Ionen sind eben die charakteristischen Bestandteile dieser Mineralquellenklasse. Um die komplizierte Zusammensetzung dieser Quellen zum Ausdruck zu bringen, mag man sie „alkalisch-muriatische Glaubersalzquellen" nennen; praktisch ist das vorderhand nicht notwendig, denn „reine Glaubersalzquellen" oder andersartig kombinierte sind bisher nicht bekannt.

Literatur.

1) Hintz und Grünhut, Balneolog. Zeitung 1904, 15.
Dieselben, Deutsches Bäderbuch, Leipzig 1907.
2) Handbuch der Balneologie, Bd. I, Leipzig 1916.
3) Diem, österr. Bäderbuch, Berlin-Wien 1914.
4) Glax, Lehrbuch der Balneotherapie, Stuttgart 1900, S. 250.
5) Schmiedeberg, Grundriß der Arzneimittellehre, Leipzig 1895.
6) Glax, l. c. S. 261.
7) Kisch, Grundriß der klinischen Balneotherapie, Wien u. Leipzig 1883.
8) Schütz, Grundzüge der Heilquellenlehre, Wien 1919.
9) Schütz, l. c. S. 123.
10) Handb. d. Baln. S. 172.
11) Kionka, Zeitschr. f. Balneologie, 1911/12, S. 84.
12) Schütz, l. c. S. 121.
13) Wiechowski, Zeitschr. f. Balneologie, 1912/13, S. 433.

II. Referate.

Innere Medizin.

Prof. Dr. **J. Pal** (Wien): **Das schadhafte Gebiß als Quelle von Herz- und Atembeschwerden.** (Wien. med. Wochenschrift 1920, Nr. 37/38.)

Durch mangelhaftes Kauen wird nicht nur die Verdauung gestört, sondern auch eine Reihe von Beschwerden ausgelöst, welche Herz- und Gefäßerkrankungen vortäuschen können. Ein mangelhaftes Gebiß hat ungenügende Zerkleinerung der Bissen zur Folge, wodurch eine Ueberlastung des Magens entsteht. Dazu kommt, daß mit der ungenügenden Zerkauung große Stücke hastig in den Magen gebracht werden und dabei auch Luft mit hinuntergeschluckt wird, die dann eine Magenspannung verursacht. Diese Magenspannung übt einen Druck auf das Herz und auch auf die Aorta aus und ruft Herzklopfen nach den Mahlzeiten hervor, mitunter auch Extrasystolie und Atembeklemmungen, Erscheinungen, die an Stenokardie erinnern. In diesen Fällen müssen natürlich die bekannten Herzmittel versagen; die Therapie erstreckt sich vielmehr auf die Instandsetzung des mangelhaften Gebisses. rs.

Prof. Dr. **Richard Wiesner** (Wien): **Zur Pathogenese der Grippe.** (Wiener klin. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Von der Fragestellung ausgehend, ob nicht etwa Innervationsstörungen der Lungen, und zwar zentralen Ursprungs, den Anlaß zu den bekannten schweren Lungenkomplikationen bei der Grippe gaben, unternahm Verfasser bei 12 Fällen letal verlaufender Grippe eine gründliche histologische Untersuchung des verlängerten Marks, speziell des Vaguskernes und daneben auch das Accessoriuskernes. Es fanden sich in allen 12 Fällen tatsächlich nur quantitativ verschiedene Kernveränderungen, bestehend in einem Oedem des Vaguskerngebiets und in Zell- und Zellkernschädigungen, die bis zu weitgehender Atrophie und völligem Schwund von Ganglienzellen führen, während sich auch Zelldegenerationen ohne Zelltod finden. In der beschriebenen Vaguskernläsion sieht Verf. einen Teil der anatomischen Grundlagen für die Intoxikationserscheinungen der Grippe. Demgemäß stellt er sich die Pathogenese der Grippe folgendermaßen vor: Das Grippevirus erzeugt am Ort des primären Eindringens in den menschlichen Organismus, d. h. an den Schleimhäuten des oberen Respirationstraktes, eine akute katarrhalische Entzündung. Hier findet der erste Kampf des Organismus mit dem Infektionsträger statt und von hier aus erfolgt weiter eine Konzentration des Grippetoxins im Zentralnervensystem mit besonders schwerer Schädigung der Parenchymzellen der Kernregion (Vagus-Accessorius), welche in weiterer Folge zu den verschiedenen Symptomen und Komplikationen der Grippe führt und durch Innervationsstörungen den Sekundärinfektionen die Möglichkeit für ihre ungehemmte Entfaltung und Tätigkeit bereitet. L.

Privatdozent Dr. **Nonnenbruch** und Dr. **Szyszka** (Würzburg): **Beschleunigung der Blutgerinnung durch Milzdiathermie.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 37.)

Nachdem Stephan eine Beschleunigung der Blutgerinnung durch Röntgenbestrahlung festgestellt hatte, konnte Nonnenbruch zeigen, daß die Diathermie der Milz eine ähnliche Wirkung auf die Blutgerinnung ausübt; nur hielt die Wirkung der Röntgenbestrahlung etwa 5 Stunden an, die der Diathermie dagegen nur 1—2 Stunden. Eine Beschleunigung der Blutgerinnung ließ sich auch durch Anlegung einfacher Thermophore an die Milzgegend erreichen, die allerdings in vielen Fällen versagten. Die Ursache der erhöhten Gerinnungsfähigkeit des Blutes nach Milzdiathermie dürfte die sehr erhebliche Vermehrung des Fibrinfermentes im Blute sein. Die Diathermiebehandlung anderer Körperstellen übte keinen Einfluß auf die Blutgerinnung aus. Das wäre derselbe Vorgang, wie man ihn schon früher bei der inneren Darreichung von Aethylendiamin, Theophylin-Aethylendiamin (Euphyllin 0,48 intravenös) und nach Diäthylendiamin (Piperazin) beobachtet hat, bei der sich in vitro keine Steigerung der Blutgerinnung zeigt, wohl aber in vivo, und zwar durch Vermehrung des Fibrinfermentes. Hh.

Dr. **S. Hirsch** (Frankfurt a. M.): **Hungerosteopathie unter dem Einfluß von Alter und Geschlecht.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 38.)

Auf Grund eines eingehenden Studiums der einschlägigen Kasuistik sowie eigener Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß die zurzeit beobachteten Osteopathien ohne Zweifel zu der Gruppe der durch Not und Entbehrungen infolge der Blockade hervorgerufenen Kriegsseuchen gehören und gewissermaßen das letzte Glied in einer Kette von körperlichen und seelischen Schädigungen darstellen. Das Bild hat sich so entwickelt, daß zunächst die natürlichen Depots im Organismus aufgebraucht wurden, was sich durch eine allgemeine Abmagerung kennzeichnete. Dann wurden die einzelnen Organe je nach ihrer Empfindlichkeit geschädigt. Zunächst zeigte sich eine Schädigung des Nervensystems, kenntlich schon im Jahre 1915 an einer ganz ungewöhnlichen Zunahme schwerer neurasthenischer Symptome. Zu gleicher Zeit zeigte sich auch eine Häufung in den Störungen des endokrinen Apparates. Allmählich entwickelte sich eine Abnahme der Widerstandsfähigkeit des Organismus, besonders kenntlich gegenüber Infektionskrankheiten. Zuletzt machten sich die Schädigungen des Knochensystems bemerkbar. Es zeigte sich also eine Reihenfolge, die den Vorgängen beim Verhungern des Einzelnen entspricht. Die durch die Osteopathien ausgelösten Erscheinungen bilden auch nicht etwa eine neue Krankheitsgruppe.

Die Form der Osteopathien wird durch die Alters- und Geschlechtsdisposition wesentlich beeinflußt. An einer übersichtlichen Kurve zeigt Verf. recht deutlich die erhebliche Steigerung sämtlicher Gruppen von Knochenerkrankungen (Rachitis, Osteomalazie, Osteoporose und Arthritis deformans) durch die Kriegseinflüsse sowie eine Ausbreitung ihrer Reichweite über das normale Altersgebiet hinaus. Die scharfen Grenzen, welche sonst Pubertät und Klimakterium gezogen haben, sind verwischt, indem Krankheiten, die sonst mit der Pubertät bzw. dem Klimakterium abgeschlossen waren, über diese Momente hinausreichten.

H. hat auf Grund dieser Kriegsbeobachtungen für die allgemeine Anschauung hinsichtlich des alten Osteomalazie-Problems den Eindruck, daß wir einen gewissen Einblick gewonnen haben in die eigenartigen Beziehungen zwischen dem Ernährungsfaktor und den inneren Dispositionen des Alters und Geschlechts, als deren somatischer Träger der endokrine Apparat aufzufassen ist.

In der Therapie der Osteopathien empfiehlt H. neben ausreichender Ernährung, leichter Uebungs- und Massagetherapie die von Alwens angegebene Behandlung mit Strontium lacticum. Hh.

Prof. Dr. **W. Stöltzner** (Halle a. d. S.): **Ueber Thiosinamin.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 37.)

Auf Grund eingehender Untersuchungen ist Verf. zu dem Schluß gekommen, daß die beste Vorschrift für Thiosinamin lautet: 1 g Thiosinamin + 2,5 g Harnstoff + 7,5 ccm

Wasser, die zusammen nicht 11, sondern 10,1 ccm Lösung ergeben. Die Lösung ist annähernd gesättigt, aber nicht übersättigt. Die Thiosinamin-Harnstoff-Lösung hat gegenüber dem Fibrolysin (Kuppelung des Thiosinamins an salizylsaures Natron) den großen Vorzug, daß Thiosinamin-Harnstoff die Gewebe so gut wie gar nicht reizt, Fibrolysin dagegen einen ziemlich starken Reiz ausübt. rs.

Kinderheilkunde.

Dr. **Hedwig Bloch** (Basel): **Untersuchung an schwer unterernährten deutschen Kindern.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 37.)

Verf. stellte an 30 schwer unterernährten deutschen Kindern, die zu ihrer Kräftigung und Erholung nach Rickenbach (600 m ü. d. M.) geschickt waren, fest, daß alle Kinder eine ausgesprochene Blässe zeigten und nach ihrem Alter nicht der Größe entsprachen. Die meisten Kinder zeigten eine sehr schlaffe Haltung und eine kyphotische Andeutung von Skoliose. Ebenso zeigte ein sehr großer Teil der Kinder Zeichen einer überstandenen Rachitis und Drüsenschwellungen sowie Veränderungen im Atemgeräusch. Die Kinder zeigten in der 1. und 2. Woche eine langsam steigende Gewichtszunahme, die in der 3. bis 5. Woche sehr rasch anstieg. Der Haemoglobingehalt nahm durchschnittlich um 20% zu, mitunter sogar auch bis zu 30%. Auch die Skoliose zeigte eine wesentliche Besserung. Auffallend war, daß Kinder aus tuberkulösen und schwächlichen Familien sich viel schlechter erholten, als Kinder aus gesunden Familien. Hh.

Dr. **A. Reiche** (Braunschweig): **Die Ernährung der Kinder im ersten Lebensvierteljahr mit der Buttermehlnahrung nach Czerny-Kleinschmidt.** (Med. Klinik 1920, Nr. 25.)

Verfasser berichtet über seine Erfahrungen mit der von Czerny und Kleinschmidt angegebenen Buttermehlnahrung, welche die Autoren in erster Linie für schwache Säuglinge in den ersten Monaten empfohlen haben. Ueber die Zusammensetzung und Bereitung der Buttermehlnahrung haben wir mehrfach referiert, wir verweisen auf die betreffenden Referate. Die vom Verfasser erzielten Ergebnisse sind ungleich; Erfolgen stehen Mißerfolge gegenüber, ohne daß im Einzelfall eine Ursache angegeben werden kann. Im allgemeinen kann Verfasser die Anwendung der Buttermehlnahrung beim gesunden Kinde im ersten Lebensvierteljahr empfehlen, während beim schwachen Kinde Vorsicht geboten ist. Für die Anwendung der Buttermehlnahrung als Heilnahrung bei schwachen und kranken Säuglingen müssen durch klinische Beobachtungen erst noch genaue Indikationen aufgestellt werden. Zum Schluß weist Verfasser darauf hin, daß die zur Bereitung der Nahrung verwendete Butter nicht einwandfrei zu sein braucht, auch ranzige Butter kann Verwendung finden, da die Fettsäuren durch die Erhitzung entfernt werden. Neuerdings hat Verfasser die Butter sogar durch Margarine ersetzt, ohne bisher einen Schaden gesehen zu haben. L.

Dr. **G. Bihlmeyer** (Tübingen): **Exanthem bei kindlichem Diabetes.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 25.)

Verfasser berichtet aus der Tübinger Kinderklinik über ein 6jähriges Kind mit Diabetes mellitus, welches etwa 14 Tage nach Auftreten der Krankheitserscheinungen im Koma starb. Als Nebenbefund bestand ein kleinfleckiger, aus scharf begrenzten, teils kreisrunden, teils ovalen Flecken von Erbsen- bis Bohnengröße und blaß-bläulicher bzw. blaugrauer Färbung zusammengesetzter Ausschlag, hauptsächlich auf Bauch und Brust, aber auch auf den Oberschenkeln und Oberarmen. In der Literatur ist ein derartiger Ausschlag bei kindlichem Diabetes einige Male beschrieben worden. Außerdem ergab bei dem im Koma befindlichen Kind die Blutuntersuchung eine Hyperglobulie. L.

Chirurgie.

Dr. **Ernst Duschak** (Wien): **Zur Kenntnis der Kümmellschen Spondylitis.** (Wien. med. Wochenschr. 1920, Nr. 39.)

Auf Grund eines von ihm beobachteten charakteristischen Falles von Kümmell'scher Spondylitis kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Ursache dieses Leidens darin zu suchen ist, daß im Augenblick des Traumas zwei Momente auf den Wirbelkörper einwirken: der direkt fortgepflanzte Stoß des Auffallens, der allerdings nicht so stark sein darf, daß er zu einer Fraktur führt, und die Rückstauung des Venenblutes. Durch diese beiden Momente entsteht eine traumatische Entzündung mit zelliger Exsudation und allmählicher Resorption, eine Art Kallusbildung, die sich im äußerlich unveränderten Wirbelkörper etabliert, dessen Tragfähigkeit vermindert wird. Dadurch entsteht eine Deformität, die durch die Heilung, d. h. Neubildung von kalkhaltiger Knochensubstanz fixiert wird. Die Therapie kann nur ganz früh durch Lagerung im Gipsbett und ev. Extension Erfolge erzielen lassen; später, nach der knöchernen Fixierung der Deformität, ist sie machtlos. Hh.

Dr. **Albert Wolff** (Berlin): **Ozon in der Wundbehandlung.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 33.)

Die sauerstoffabspaltende Wirkung des Ozons wurde vom Verf. zur Wundbehandlung herangezogen, da eine ähnliche Wirkung vermutet wurde, wie beim Wasserstoffsuperoxyd. Das Ozon wurde mit einem von der Firma Siemens & Halske (Berlin-Siemensstadt) hergestellten Apparat erzeugt und aus Sauerstoffbomben gewonnen. Zunächst zeigte sich unter der Einwirkung des Ozons ein Aufhören selbst des übelsten putriden und jauchig gangranösen Geruches sowie eine sofort auftretende lebhafte Rötung einzelner Randpartien der Wunde. Bei längerer Einwirkung des Ozons wurden die Granulationen blau und glasig und später grau, etwa wie nach leichtem Bestreichen mit Höllenstein. Die Ozonbehandlung wurde von den Patienten als sehr angenehm empfunden. Die Anwendung von Ozon dürfte sich in der Behandlung übelriechender Wunden besonders empfehlen. Hh.

Dr. **L. Schmidt** (Pistyan): **Nach Fraktur und Verkürzung des einen Unterschenkels Coxa deformans auf der anderen Seite.** (Wien. med. Wochenschr. 1920, Nr. 33/34.)

Verf. beschreibt einen in der Kuranstalt von Dr. E. Weiß (Pistyan) beobachteten Fall von Coxa deformans nach Fraktur und Verkürzung des Unterschenkels der anderen Seite bei einem 52jährigen Manne. Der Fall ist besonders deswegen wichtig, weil er die Notwendigkeit zeigt, Verkürzungen nach Frakturen rechtzeitig und richtig zu korrigieren, um schweren Folgen vorzubeugen. Hh.

Prof. Dr. **E. Lotsch** (Berlin): **Plexusschädigungen bei Klavikularfrakturen.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 37.)

Primäre Schädigungen des Armplexus sind bei Klavikulafrakturen sehr selten. Verf. beobachtete einen derartigen Fall, wobei sich durch das Röntgenbild feststellen und durch die später vorgenommene Operation bestätigen ließ, daß an der Bruchstelle ein kleiner Knochensplitter wie ein Nagel auf den Plexus drückte und dadurch Paraesthesien hervorrief. Unmittelbar nach der operativen Entfernung des Knochensplitters hörten die Beschwerden wie mit einem Schlage auf. Dieser Fall zeigt die Wichtigkeit der Frühoperationen bei Plexusstörungen infolge von Frakturen. rs.

Sanitätsrat Dr. **Schwalbach** und Dr. **Bucky** (Berlin): **Ueber die Ergebnisse der Behandlung von Schußneuritiden mittels Diathermie.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 37.)

Die überaus heftigen und langdauernden Schmerzen der Neuritiden nach Schußverletzungen der Nerven waren während des Krieges eine große Plage für Patienten und Aerzte, Verf. konnten durch konsequente Diathermiebehandlung, die sich allerdings über eine lange Zeit erstrecken mußte, ausgezeichnete Erfolge erzielen. Vielfach trat allerdings nach 8—10 Tagen eine Verschlimmerung der Schmerzen ein, die aber bald einer auffallenden Besserung Platz machten. Die longitudinale Applikation der Diathermie, bei welcher der Strom parallel zur Längsachse des Nerven geht, zeigt einen besseren Einfluß als die transversale, bei welcher der Strom den Nerven unter einem rechten Winkel kreuzt. Es wurde eine möglichst hohe Stromstärke in Anwendung gebracht, die gerade noch von dem Patienten als angenehm empfunden wurde, und zwar durchschnittlich 20 Minuten lang in jeder Sitzung. Hh.

Augenheilkunde.

Prof. **Eugen Fraenkel** (Hamburg): **Ueber Augenerkrankungen bei Grippe.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 25.)

Verfasser stellte bei Gelegenheit der letzten Grippe-Epidemie eingehende Untersuchungen hinsichtlich der Beteiligung der Augen an der Erkrankung an, und zwar ausschließlich an Leichenmaterial. Bei 142 tödlich verlaufenen Grippefällen fand er 36 mal Erkrankungen des inneren Auges. Es handelte sich vorwiegend um hämorrhagische Prozesse, 5 mal um Blutungen in den Glaskörper, 17 mal um Netzhautblutungen. 2 mal fand Verf. kleine, weiße, den inneren Schichten der Netzhaut angehörige Herde, in 2 Fällen Veränderungen an der Aderhaut, bei denen der Zusammenhang mit der Grippe-Infektion nicht ganz sicher erschien. Die Befunde des Verfassers beziehen sich nur auf tötlich verlaufene Grippefälle. Ob ähnliches auch bei den in Genesung übergehenden Fällen vorkommt, läßt er dahingestellt sein. (Nach den bisherigen Erfahrungen sind Netzhaut- und Glaskörperblutungen bei nicht tötlich verlaufenen Grippefällen äußerst selten. Ref.) L.

E. Franke und **C. Hegler** (Hamburg): **Sehstörungen nach Eucupin.** (Med. Klinik 1920, Nr. 24.)

Neuerdings wird Eucupin in steigendem Maße innerlich bei Grippe verordnet. Bisher wurden dabei keine Gesundheitsschädigungen beobachtet. Auch im Allg. Krankenhause zu Hamburg St. Georg wurde während des Jahres 1919 trotz ausgedehnter Verwendung des Eucupins (im ganzen 1400 g)

keine schädliche Nebenwirkung gesehen. Um so überraschender mußte es wirken, als im Januar und Februar 1920 bei 3 Fällen von Grippepneumonie nach Eucupin schwere Schädigungen des Sehorgans sich zeigten. Es wurde immer Eucupin. basicum gegeben, und zwar in Dosen von 0,5 resp. 0,3 g. Im ersten Falle (37jähriger Mann) trat nach 6 g Eucupin in 60 Stunden plötzlich Erblindung ein; es war ophthalmoskopisch zunächst nur eine Verengerung der Arterien zu sehen, nach einigen Tagen besserte sich das Sehvermögen auf dem rechten Auge und stieg allmählich auf $^4/_{20}$ exzentrisch, während das andere Auge es nur bis auf Fingerzählen dicht vor dem Auge brachte. Der linke Sehnerv war bei der Entlassung atrophisch, der rechte in toto abgeblaßt. Im zweiten Fall (48jähriger Mann) trat die Sehstörung erst 25 Tage nach Aussetzen der Eucupinbehandlung auf und war nicht sehr erheblich (Sehschärfe R. $^6/_{12}$, L. $^6/_8$). Der Augenhintergrund war ohne Veränderungen. Im dritten Fall (21jährige kräftige Frau) trat nach insgesamt 3,6 g Eucupin in 2 Tagen plötzlich völlige Amaurose beider Augen ein, ohne deutliche Augenhintergrundsveränderungen. Diese Kranke erlag nach wenigen Tagen ihrer Grippepneumonie. Die Sehnerven waren bei der Obduktion makroskopisch von normalem Aussehen. L.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dr. **Konrad Kayser** (Magdeburg): **Vaginalelektrode für Diathermie.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 35.)

Da die walzenförmigen Vaginalelektroden für Diathermie verschiedene Nachteile haben, hat die Firma Siemens & Halske nach den Angaben des Verf. Löffelelektroden konstruiert, die bei empfindlichen Nulliparen einzeln eingeführt und nach der Einführung nach dem System der Geburtshelferzangen geschlossen werden. Durch Spreizen der Kontaktflächen wird hierbei ein innigerer Kontakt zwischen der Elektrode und der Vaginalschleimhaut veranlaßt und schließlich durch die Lage der Kontaktflächen in den seitlichen Vaginalgewölben ein unmittelbarer Einfluß auf die Adnexe ausgeübt. Hervorgehoben sei noch, daß die Kayser'schen Elektroden sich ausgezeichnet säubern lassen. Hh.

Dr. **Franz Klee** (Bonn): **Beitrag zur Kenntnis des Verhaltens von Oxyuren im weiblichen Geschlechtsapparat.** (Zentralblatt für Gynäkologie 1920, Nr. 34).

Verf. beschreibt einen sehr interessanten Fall, in dem bei einer 59jährigen Frau weibliche Oxyuren in das Gewebe der Portio vaginalis eingedrungen waren, hier Eier abgelegten und starke Entzündungen hervorriefen. Diese eigenartige Erscheinung wurde zufällig gelegentlich der mikroskopischen Untersuchung eines exzidierten Stückchens der Portio vaginalis entdeckt, welche karzinomatös erkrankt war. Die Oxyuren riefen in der Portio entzündliche und auch nekrotische Erscheinungen hervor. rs.

Dr. **W. Barfurth** (Hamburg): **Ueber Uterustamponade mit nicht entfetteter Watte.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 34.)

Nach den guten Erfolgen von Sachs (Königsberg) mit nichtentfetteter Watte als Tamponadematerial bei schwer stillbaren Blutungen hat Verf. die Firma Lüscher & Bömper in Fahr (Rhld.) veranlaßt, Tamponadestreifen herzustellen, bei denen nichtentfettete Watte in einer ½ cm dicken Schicht in einem Gazeschlauch, durch Zickzacknähte fixiert, fertig sterilisiert und in Pappbüchsen keimfrei verpackt wird. Eine Imprägnierung mit antiseptischen Stoffen erscheint überflüssig. — Ein weiterer Vorteil der Tamponade mit nichtentfetteter Watte ist ihre Elastizität, welche einen Tonus auf die Uterusmuskulatur ausübt. Hh.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Dr. **J. Sickmann** (München-Gladbach): **Eine einfache Methode der Katheterbefestigung.** (Zentralblatt für Chirurgie 1920, Nr. 34.)

Zur Befestigung des Verweilkatheters beim hohen Blasenschnitt empfiehlt Verf., das Blasenende des Katheters aus der Sectio alta-Wunde herauszuziehen, durch die beiden Oeffnungen des Katheters einen langen Seidenfaden zu ziehen und diesen — nach Zurücklassung des Katheters in der Blase — an ein eingekerbtes und gut unterpolstertes Holzstückchen zu befestigen, das man vor die Wunde legt. Das Ganze wird mit einem Heftpflasterverband fixiert. — Durch dieses Verfahren wird der Katheter gut befestigt, und ein Hinausgleiten aus der Blase ist nicht möglich. Bei Verstopfung des Katheters durch Blutgerinsel, Eiterpfröpfchen usw. kann man das Blasenende des Katheters leicht aus der Wunde herausziehen und den Katheter durchspülen oder mit einem Mandrin reinigen. rs.

Dr. **Karl Taege** (Freiburg i. Br.): **Caseosanbehandlung.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 25.)

Verfasser hatte Gelegenheit, das neue Milchpräparat Caseosan in einer Anzahl von Fällen anzuwenden. Die Anwendung geschieht in Injektionen in die Gesäßmuskulatur. Glänzend war die Wirkung bei einem großen Schweißdrüsenabszeß der Achselhöhle. Zwei Einspritzungen in 48 Stunden genügten zur Heilung. Ebenso gut waren die Erfolge in drei Fällen von teils älterer, teils frischer gonorrhoischer P r o s t a t i t i s. Auch hier genügten 2 Einspritzungen, um die Krankheit zum Rückgang zu bringen. Bei einem dieser Kranken, der vorsichtshalber eine dritte Einspritzung bekam, trat danach ein schwerer anaphylaktischer Anfall auf. Ein guter Erfolg wurde mit einer einzigen Einspritzung bei einer gonorrhoischen Kniegelenkentzündung erzielt. In einigen Fällen wurde Caseosan (intrakutan zu 0,3 g) mit Erfolg zur Provokation bei Gonorrhoe (an Stelle von Arthigon) angewendet. Ohne Wirkung war Caseosan bei Trichophytie. —n.

Dr. **J. Dorn** (Bonn): **Die chronische, nicht spezifische Epididymitis.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, Band 120, Heft 1.)

Auf Grund eingehender Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß eine nicht gerade geringe Anzahl chronischer, klinisch als Tuberkulose imponierender Nebenhodenentzündungen sich, z. T. erst mikroskopisch, als eine nicht spezifische chronische Entzündung herausstellt. Neben auf der Basis einer Lues oder chronischen Gonorrhoe auftretenden Entzündungen scheinen namentlich Staphylokokken als Erreger der chronischen, nicht spezifischen Epididymitis in Frage zu kommen. Die Verwechselung mit Tuberkulose ist um so eher möglich, als auch bei den nicht spezifischen Formen der Epididymitis Abmagerung, Nachtschweiße und andere sonst der Tuberkulose zukommenden Symptome beobachtet worden sind. Die Nebenhodenerkrankung ist in den vom Verf. beobachteten Fällen nicht nur hämatogen entstanden, sondern auch von der Blase bzw. von der hinteren Urethra aus auf die Nebenhoden übergegangen. Es scheint, daß die Staphylokokken in diesen Fällen in ihrer Virulenz so stark herabgesetzt waren, daß sie die Nieren passieren konnten, ohne sie zu schädigen. Der nicht spezifische Charakter der Nebenhodenentzündung ist zu vermuten, wenn sich im Harn Staphylokokken finden lassen; gesichert wird die Diagnose allerdings erst durch Untersuchung eines durch Probeexzision gewonnenen Stückchens des erkrankten Nebenhodens. rs.

Dr. **Mergelsberg** (Bonn): **Schnellheilung des Ulcus molle mit Chlorzinkätzung.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 26.)

Zur schnellen Heilung des Ulcus molle empfiehlt Verfasser auf Grund der Erfahrungen der Bonner Universitäts-Hautklinik (Prof. E. Hoffmann) die Aetzung des Geschwürs mittels Chlorzink, falls man sich vergewissert hat, daß nicht ein Ulcus mixtum oder ein ulzerierter Primäraffekt vorliegt. Zur Behandlung wird das Chlorzink mit einigen Tropfen Wasser zu einem dicken Brei jedesmal frisch angerührt und mit einem Wattestäbchen auf das Ulcus gebracht, indem besonders die unterminierten Ränder gründlich geätzt werden. Man läßt das Mittel 2—4 Minuten lang einwirken und tupft es dann mit trockenem Mull ab, um die Aetzung gesunder Stellen zu vermeiden, was noch besser durch Bedecken mit Paste oder Bekleben mit einem Lochpflaster verhütet werden kann. In der Folge bildet sich auf dem geätzten Schankergeschwür ein Schorf, der sich leicht mit der Pinzette abheben läßt oder sich von selbst abstößt. Unter diesem erscheint dann frisches Granulationsgewebe. Sollten noch einige verdächtige Stellen vorhanden sein, so werden diese noch einmal mit Chlorzink oder Acid. carbol. liquefact. nachgeätzt. Im allgemeinen ist dies jedoch nicht erforderlich. Selbst große, gangränöse Schanker können durch einmalige Aetzung mit Chlorzink geheilt werden. Unterstützt wird die Behandlung durch Kal. permang.-Bäder, die 2—3mal täglich in rotweinfarbener Lösung so heiß, wie sie der Kranke vertragen kann, verabfolgt werden, und durch nachträgliches Bestreuen mit Jodoform. Um den Jodoformgeruch zu verdecken, verbindet man das Ulcus mit einem Verband mit schwarzer Salbe (Argent. nitr. 0,2, Bals. peruv. 2, Vaselin flav. ad 20). Mit dieser Behandlung gelangen auch hartnäckige Ulcera mollia in 10—14 Tagen zur Heilung. L.

Strahlenbehandlung.

Geh. San.-Rat Dr. **Hugo Bach** (Elster): **Zur natürlichen und künstlichen Sonnen- und Klimabehandlung der Tuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 29.)

Es darf als feststehend angenommen werden, daß es kein Klima gibt, das vermöge seiner besonderen Eigenschaften spezifische Heilkräfte gegen die Tuberkulose besitzt; die heilkräftigen Wirkungen der Klimakuren liegen vielmehr bei der Tuberkulose im Wechsel des Klimas, und sie schwinden, sobald eine Gewöhnung an das Klima eintritt. Besonders günstig wirken die Kontraste zwischen Höhenklima und Seeklima, wenn der Uebergang vorsichtig und etappenweise vorgenommen wird. Die natürliche Sonnenbehandlung ist ein Teil der Klimatotherapie, bei der ebenfalls auf die Gewöhnung Rücksicht genommen werden muß. Aehnlich findet

auch eine Gewöhnung an das Quarzlicht statt, so daß Verf. es für notwendig erachtet, bei längeren Quarzlichtkuren nach 1 bis 2 Monaten eine Pause von 3 bis 4 Wochen eintreten zu lassen. Das Ultraviolettlicht spielt bei der Höhensonne wie bei der Quarzlichtbehandlung die ausschlaggebende Rolle, insbesondere bei der Tuberkulosetherapie. Die Ultraviolettstrahlen lassen sich sowohl bei der natürlichen Höhensonne wie bei den künstlichen Quarzlampen nicht durch die roten Strahlen ersetzen. Daher erscheint die Naturtieflandsonne dem Verf. nicht dazu angetan, an die Stelle der Naturhöhensonne oder der künstlichen Höhensonne zu treten. — Dieser Auffassung steht die Anschauung von Bier gegenüber, der der natürlichen Sonne in der Höhe oder im Tiefland die Wirkungen gegen die Tuberkulose zuschreibt, die er der künstlichen Höhensonne nicht zuerkennen möchte. Volle Klarheit in dieser Frage ist noch nicht erzielt und um so mehr zu wünschen. Hh.

Dr. **Hermann Ladebeck** (Beelitz): **Der Quarzspüler. Ein neues Prinzip in der Ultraviolettbehandlung.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 38.)

Verf. hat ein neues Prinzip in die Quarzlichtbehandlung eingeführt, welches gestattet, die Ultraviolettstrahlen in Fisteln, tiefe Abszeßhöhlen und an sonstige versteckt liegenden Stellen zu bringen, indem er einen Flüssigkeitsstrahl zum Träger der Ultraviolettlichtstrahlen macht. Das ist möglich durch die Uebertragung der der Optik entlehnten physikalischen Vorgänge der Totalreflexion und Benutzung geeigneter Gefäße, die von der Quarzlampengesellschaft in Hanau hergestellt werden. Durch Zwischenschaltung von Lichtfiltern ist es auch bei dem Quarzspüler möglich, mit beliebig prävalierenden Wellenlängen zu arbeiten, ferner kann man mit einer ebenda einfügbaren, mit einer Skala versehenen Blende jeweils von Fall zu Fall die Ultraviolettlichtintensität anpassen oder ganz abstellen, ohne die Lampe selbst ausschalten zu müssen. Der Flüssigkeitsstrom läßt sich einfach durch Abklemmen des Zuflußschlauches regeln. Hh.

III. Bücherschau.

Die semiotische Bedeutung des Reststickstoffs für die Beurteilung der Nierenerkrankungen und der Urämie von Dr. **R. Uhlmann,** Arzt in Fürth (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin, Bd. 20, Heft 1—3). Leipzig und Würzburg 1920, Verlag von Curt Kabitzsch. 66 S. M. 4,50.

In dieser ausführlichen Abhandlung, die noch länger geworden wäre, wenn nicht der Kostenersparnis wegen die zugehörigen Tabellen und Krankengeschichten zum größten Teil hätten wegbleiben müssen, gibt der Verfasser einen recht guten Ueberblick über unsere gegenwärtigen Kenntnisse hinsichtlich der Größe des Reststickstoffs im Blut bei Nierengesunden und besonders bei den verschiedenen Nierenerkrankungen. Die reichhaltige Literatur des Themas berücksichtigt Verf. sorgfältig; hauptsächlich aber legt er seiner Darstellung die Erfahrungen zu Grunde, welche er als Assistent der inneren Abteilung des jüdischen Krankenhauses in Berlin sammeln konnte. Von besonderem Interesse sind die Exkurse über die moderne Klassifikation der Nierenkrankheiten sowie über die verschiedenen Arten der Urämie. Daher werden auch diejenigen Kollegen, welche nicht in der Lage sind, Nierenkranke klinisch zu behandeln und selbst daher keine Reststickstoffbestimmungen vornehmen können, die Arbeit mit Nutzen studieren. L.

Kriegsverletzungen der Sehsphäre. Die an der Universitätsaugenklinik Frankfurt a. M. während der Kriegszeit untersuchten Fälle. Von Dr. **Delia Kaltwasser** (Beiträge zur Heilkunde, Abteilung Augenheilkunde, Heft 1). Berlin, Emil Ebering 1920. 45 S. M. 8,—.

Verletzungen der in der Rinde des Hinterhauptlappens gegelegenen Sehsphäre haben Schädigungen der Sehfunktion, in erster Linie Gesichtsfelddefekte (Hemianopsien usw.) zur Folge. Der Krieg mit seinen zahlreichen Schußverletzungen der Schädelregion gab reichlich Gelegenheit, diese Verletzungen und ihre Folgen für das Sehen eingehend zu studieren. In der vorliegenden fleißigen Arbeit ist das einschlägige Material der Frankfurter Universitätsaugenklinik verarbeitet. Es handelt sich um 31 Fälle, deren Befund mitgeteilt wird. Die sämtlichen zugehörigen 56 Gesichtsfeldaufnahmen sind wiedergegeben. Leider ist die Reproduktion derselben zum Teil recht mangelhaft ausgefallen, wie denn auch die sonstige äußere Ausstattung des Heftes (Papier usw.) nur zu deutlich die Notlage erkennen läßt, in welche das deutsche Buchgewerbe durch den Krieg und seine Folgen geraten ist. Inhaltlich ist die Arbeit ein wertvoller Beitrag zu dem behandelten Gebiet, welcher für Neurologen und Augenärzte von Interesse sein dürfte. R. L.

Gertrud Schulz (Blankenese): **Die Bekämpfung der Rückgratsverkrümmung durch das Klapp'sche Kriechverfahren.** — 1920. B. G. Teubner in Leipzig. — 40 S., 12 Abbildungen. — Preis brosch. 2,— M.

Das Klapp'sche Kriechverfahren hat seine Freunde und seine Gegner. Welche Gruppe im Recht ist, darüber soll noch die Zukunft entscheiden. Eins steht jedoch fest: Das Klapp'sche Verfahren hat seine wissenschaftliche Begründung, über die auch die Gegner nicht hinwegkommen. Das in allen Punkten sehr sorgfältig gehandhabt wird. Genaueste Verfahren hat aber nur dann einen Wert, wenn seine Technik Kenntnis der anatomischen Verhältnisse ist ebenso Grundbedingung wie eine peinliche Innehaltung der Vorschriften. — Verfasserin hat als langjährige orthopädische Turnlehrerin der Berliner Chirurgischen Universitätsklinik unter Anleitung von Prof. Klapp die Technik gründlich kennen gelernt und in dem vorliegenden Büchlein ausgezeichnet zur Darstellung gebracht. Daß sie sich auch mit der Anatomie und dem theoretischen Teil des Kriechverfahrens wirklich eingehend befaßt hat, zeigt das Büchlein an allen Stellen. In seiner knapp gehaltenen Form ist es ein Leitfaden der technischen Ausführung des Klapp'schen Kriechverfahrens, das unter den Anhängern der Methode weiteste Verbreitung finden dürfte und sicherlich dazu beitragen wird, dem Verfahren neue Freunde zu gewinnen. Hh.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Der Geschäftsausschuß des deutschen Aerztevereinsbundes hat folgende Entschließung gefaßt: Gegenüber dem drohenden Zusammenbruch in der Arzneimittelversorgung wird beschlossen, seitens des Deutschen Aerztevereinsbundes eine Anfrage im Reichstag zu veranlassen, damit vor Erteilung einer Ausfuhrbewilligung eine Sicherstellung des Arzneimittelbedarfs im Reich gewährleistet wird. Zugleich sollen die ärztlichen Standesvereine auf die Notwendigkeit hingewiesen werden, sich mit den schreienden Mißständen auf diesem Gebiet zu befassen und zu ihrer Abstellung durch Aufklärung der Oeffentlichkeit beizutragen.

Das Veranlagungsformular für das Reichsnotopfer führte als zum Betriebsvermögen gehörig auch die Instrumente der Aerzte an. Die Berechtigung dieser Auffassung wurde schon im ärztl. Vereinsblatt bestritten mit dem Hinweis darauf, daß der Arzt kein Gewerbetreibender ist. Inzwischen ist die Angelegenheit durch einen Bescheid des Reichsfinanzministers weiter geklärt worden. Es heißt darin: Der Ansicht, daß der freie Beruf des Arztes in der Regel nicht als Gewerbe anzusehen ist, mithin auch die Instrumente, die für die Ausführung dieses Berufes bestimmt sind, nicht als Betriebsvermögen in Betracht kommen, trete ich bei. Der Vordruck zur Steuererklärung für das Reichsnotopfer trifft auch diesen regelmäßigen Fall gar nicht, er setzt vielmehr den Fall voraus, daß der Arzt seinen Beruf in Form eines Gewerbes betreibt. Dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn der Arzt eine Privatkrankenanstalt unterhält. In diesem Fall gehören die ärztlichen Instrumente zum steuerbaren Betriebsvermögen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Geh. Reg.-Rat Dr. Wehrle wurde zum Direktor im Reichsgesundheitsamt ernannt. — Geh. San.-Rat Dr. Rabnow, bisher Stadtmedizinalrat von Berlin-Schöneberg, wurde zum Stadtmedizinalrat der neuen Gemeinde Groß-Berlin gewählt.

Prof. F. F. Friedmann macht nunmehr durch die Zeitungen bekannt, daß er das Institut im Lazarett Scharnhorststraße aufgelöst hat und vom 1. Oktober an Patienten nur noch im Tuberkulose-Institut, Berlin, Lützowstr. 49, behandelt, woselbst er auch die Vorlesungen für Aerzte und Studierende abhält.

Halle a. S. Zur Besetzung des hiesigen durch den Weggang von Prof. Gros erledigten Ordinariats für Arzneimittellehre ist ein Ruf an Prof. Dr. Wolfgang Heubner (Göttingen) ergangen.

Marburg. Der Zahnarzt Hans Seidel (Münster i. W.) wurde zum außerordentlichen Professor und Direktor des zahnärztlichen Instituts hierselbst ernannt.

Rostock. Der ordentliche Professor und Direktor des hiesigen zahnärztlichen Instituts Dr. Reinmöller hat zum 1. Oktober seine Entlassung aus dem Staatsdienst genommen.

Erlangen. Prof. Dr. Wintz, Oberarzt der hiesigen Universitäts-Frauenklinik, wurde in Anerkennung seiner Untersuchungen auf dem Gebiet der Röntgentherapie von der kgl. spanischen radiologischen Gesellschaft in Madrid zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Graz. Dr. Adolf Jarisch habilitierte sich für experimentelle Pharmakologie und für allgemeine und experimentelle Pathologie.

Innsbruck. Dr. Konrad Stauning habilitierte sich für medizinische Röntgenologie.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.







SPIRUGON

Praktisches und zuverlässiges Desinfektionsmittel zur
Prophylaxis der Geschlechtskrankheiten.

Auf den modernsten Lehren der wissenschaftl. Desinfektionskunde aufgebaut und in seiner Wirksamkeit ständig durch das bakteriologische Institut von Dr. Piorkowski-Berlin kontrolliert.

Gratismuster, Prospekte, Literatur zur Verfügung.

Union Fabrik. u. Handelsgesellsch., Berlin SW48, Friedrichstr. 7
Chemisch-Pharmazeutische Abteilung.

Hermaphroditismus
verus internus m. menses.

Wir offerieren den Originalabguß der Genitalien eines bekannten Hermaphroditen in **tadelloser Ausführung** zum Preise von **M. 50.—** bei Voreinsendung des Betrags. Bei Nachnahme werden Portospesen extra berechnet.

Naturwissenschaftliches Präparatorium
Stuttgart, Ludwigstraße 26. D.

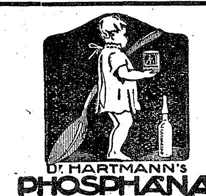
Rezepte $^0/_{00}$ M. 22.50, Mitteilungen, Rechnungen, Briefbogen, Kuverts, bei 5000 einer Sorte franko, schnell und sauber
Spezialdruckerei Poessl,
Bad Suderode.

Blankenburg a. H.

Sanatorium Dr. Matthes (EYSELEIN) für Nervenleidende u. Erholungsbedürftige
Das ganze Jahr geöffnet.
Prospekte durch die Verwaltung.





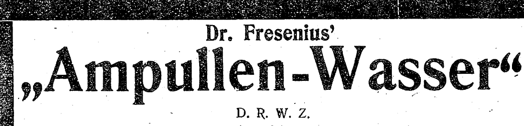


DR. HARTMANN'S
PHOSPHANA
CONCENTRIERTE PHOSPHAT-NAHRUNG

Kalk- u. Phosphathaltiges, leicht verdauliches **Kakaopräparat** zur erfolgreichen Bekämpfung aller auf **rachitischer Grundlage** beruhenden Krankheitserscheinungen.
Wirkt hervorragend ernährend!
Prospekte und Probedosen kostenlos.
Nährmittelfabrik
RICHARD HARTMANN
Chemnitz.

Internationale Auskunftei und Inkasso-Büro
Gegründet 1902 **Kranz & Mäding, Kassel** Kurfürstenstr. 6
Erstklassiges Einziehungsinstitut f. Ärzte u. Apotheken!

Besorgt Auskünfte u. Inkassos aller Art u. auf alle Plätze. Günst. Bedingungen, glänz. Erfolge. Bank- u. Postscheckkonto. **Nachweislich allein f. Aerzte u. Apotheken bereits 400000 M., die teilw. verjährt od. ausgeklagt waren, gerettet.** Uebern. d. gesamt. Außenstände b. Aufgabe d. Praxis. Viele Hunderte Ia Referenzen u. Anerkennungen. Ausführl. Angeb. gern z. Diensten.



D. R. W. Z.
(reines steriles Wasser)
nach Vorschrift von Prof. Dr. G. L. Dreyfus, Frankfurt a. M. und unter ständiger Kontrolle des „Georg Speyer-Hauses", Frankfurt a. M.
Bezugsquelle: Hirsch-Apotheke, Frankfurt a. M., Zeil 111.



Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang **Berlin, 23. Oktober 1920** **No. 43**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Sonderangebot in Spritzen

nach Luer, Ganzglas, nackt

1	2	5	10	20 ccm	
Mk. 6.—	7.—	10.—	12.—	19.—	p. Stück

Reparatur von Record-Spritzen

1	2	5	10	20 ccm	
Mk. 10.—	12.—	15.—	17.—	21.—	p. Stück

Prima Qualität.

Gebr. Wirgin, chir. Instr.
Wiesbaden.





Kalk- u. Phosphathaltiges, leicht verdauliches **Kakaopräparat** zur erfolgreichen Bekämpfung aller auf **rachitischer Grundlage** beruhenden Krankheitserscheinungen.

Wirkt hervorragend ernährend!

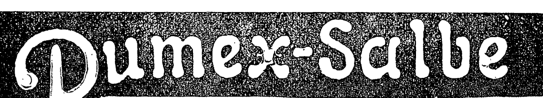
Prospekte und Probedosen kostenlos.

Nährmittelfabrik
RICHARD HARTMANN
Chemnitz.



Rezepte ‰ M. 22.50, Mitteilungen, Rechnungen, Briefbogen, Kuverts, bei 5000 einer Sorte franko, schnell und sauber

Spezialdruckerei Poessl,
Bad Suderode.



ärztlich erprobt und empfohlen

in der Therapie von alten, schlecht granulierenden Wunden

besonders Unterschenkelgeschwüren, Krampfadern, Phlebitis, spätsyphilitischen Geschwüren, Durchscheuerungen der Amputationsstümpfe, Hämorrhoiden, Knotenbildungen u. Juckreizen im After, Wundsein u. Durchliegestellen bei Erwachsenen u. Kindern, bei Hautreizungen, Frostwirkungen, Verbrennungen aller Art, trockenen und nässenden Flechten, Favus, Ekzemen, Pruritus, rissiger Haut, Intertrigo, Neuritis, sowie anderen Entzündungen usw.

Wirkt schmerzlindernd und juckreizstillend.

Literatur und größere Muster zu Diensten.

Erhältlich in den Apotheken à Schachteln zu 2,50, 6,— u. 14.— M.

Laborator. Miros, Dr. Kurt & H. Seyler
Berlin N.O. 18 Gr. Frankfurterstraße 80.81

An unsere Leser!

Im Interesse einer pünktlichen Lieferung unserer Zeitung bitten wir unsere Abonnenten, welche unsere Wochenschrift **durch die Post** zugestellt erhalten, **Beschwerden über ausgebliebene Nummern** zunächst an das **zuständige Bestellpostamt** zu richten und dort um **Nachlieferung der fehlenden Nummern** zu ersuchen.

Bleiben **diese Reklamationen erfolglos,** dann wende man sich an den unterzeichneten Verlag, der unverzüglich Abhilfe schaffen wird.

Verlag der Allgemeinen Medizinischen Central-Zeitung
Berlin W 30.



Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025—0,05 / 0,1—0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05—0,1—0,15 / 0,2—0,25—0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01—0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:

Kreosot 0,05—0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45 %, Haemoglobin 9 %, peptonis. Muskeleiweiß 46 %.

Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:

Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) Jasper 0,05
scat. unam orig.

Nur echt in geschlossener Originalschachtel.

Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
Bernau bei Berlin.

Dr. med. Gallus Bauer's Herzberuhigungssalbe **RECORSAN** D. R. G. M. 248 848

hat sich nach Urteilen von Fachärzten bei tachycardischen Anfällen, Herzneurosen, Angina pectoris nervosa etc. hervorragend bewährt.

Broschüre eventl. auch Probetube kostenlos durch alleinige Hersteller: **Chemische Fabrik „Bavaria", Würzburg.**

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering)
BERLIN N., Müllerstraße 170-171

ATOPHAN

Souveränes Gichtmittel

Atophan ist ferner vortrefflich bewährt bei:

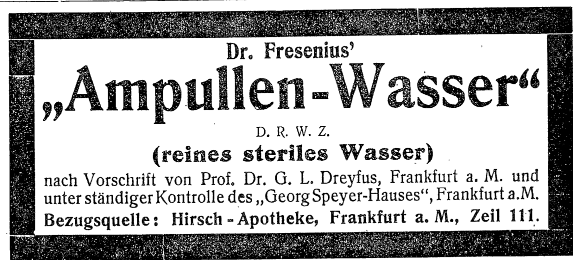
Gelenkrheumatismus
und sonstigen Formen von Gelenkschmerzen

(Vielfach besser wirkend als Salicylpräparate, keine Einwirkung auf das Herz, keine profusen Schweißausbrüche)

Neuralgien, Ischias, Migräne, Entzündungen der oberen Luftwege, Flecktyphus, Hautkrankheiten (nässende Ekzeme, Urtikaria, Strophulus, Prurigo)

Novatophan K Geschmackfreies :: Präparat ::

Rp.: Tabl. Athophan resp. Novatophan K zu 0,5 Nr. XX. „Originalpackung Schering".
Klinikpackung: Glas mit 500 Tabletten zu 0,5.



„PRAEVALIDIN"

Campher-Wollfettsalbe mit Wasserstoffsuperoxyd zur percutanen Einverleibung von Campher und Balsam peruvian.

Bestandteile: Campher, Balsam peruvian., Ol. Eucalypt.
Jede Dosis enthält 0,4 g Campher.

Wegen der herzroborierenden, expectorierenden und Appetit anregenden Wirkung indiziert bei Lungentuberkulose, Emphysem, Asthma nervosum, Bronch. chronic., Influenza, Anämie, Skrofulose u. Herzschwächezuständen. Jede Tube enthält 5 Dosen. Genaue Gebrauchsanweis. liegt jeder Tube bei.

Preis der Tube für Erwachsene M. 6,–, für Kinder (halbe Dosis) M. 4,–.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei in Döhren bei Hannover.





GASOZAEN

Ung. isoamyl. bihyd. emp.

Das beste ätiotrope und sympt. Mittel zur Tamponadenbehandlung der genuinen Ozaena

Aerztlich in der Charité erprobt und seit Jahren gut bewährt

Literatur: D. m. W. 1917 Nr. 17, 1919 Nr. 11

Preis pro 20 Tamp. M. 13.50

Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt durch

Ignaz Hadra, Germania-Apotheke, Berlin 54



89. Jahrgang **Berlin, 23. Oktober 1920** **No. 43**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Sport und Gymnastik.

Von
San.-Rat Dr. **E. Kirsch** in Magdeburg.

Die Abgrenzung der Geltungsgebiete des Sports und der Gymnastik vom ärztlichen Standpunkt näher zu bestimmen, ist eine Aufgabe, welche sich über das Bereich der gesamten Medizin erstreckt, da es bei der Krankenbehandlung fast in jedem einzelnen Fall von der größten Bedeutung ist, ob Ruhe oder Bewegung, Schonung oder Uebung angezeigt ist. Ich unterlasse in dieser kurzen Darstellung ein Eingehen auf alle die Krankheitszustände, bei denen die medizinische Gymnastik zu Heilzwecken angewandt wird, und will nur die Bedeutung dieser beiden Arten der Körperbewegung gegeneinander abwägen und in kurzen Strichen einige Richtlinien angeben, die mir zurzeit gültig erscheinen. Sport und Gymnastik sind überhaupt nicht scharf voneinander abzugrenzen, im Gegenteil, sie überschneiden sich: Einesteils ist die Grenze nicht zu bestimmen, wo z. B. das Bewegungsspiel aufhört und die Sportübung anfängt, andernteils ist bei sehr vielen Patienten ebensowohl sportliche Betätigung wie gymnastische Uebung anwendbar. Es wird sich meines Erachtens nach auch viel weniger darum handeln, scharfe Grenzlinien zu ziehen, als vielmehr die Wichtigkeit beider Gebiete für unser Volksleben, jedes nach seiner Art, scharf zu betonen.

Betrachtet man den drohenden Niedergang unseres Volkes, den der Friedensschluß herbeizuführen scheint, so ist eine der größten Gefahren unstreitig, daß die ein- oder zweijährige Militärzeit, die Quelle körperlicher und moralischer Ertüchtigung unserer Jugend, nach dem uns aufgezwungenen Willen der Sieger in Zukunft fortfallen soll. Die Lücke, die dadurch in die Erziehung unseres Volkes gerissen wird, muß auf jeden Fall ausgefüllt werden, sonst werden wir binnen kurzem das Bild einer entarteten Rasse zeigen. Wir begegnen daher den mannigfaltigsten Bestrebungen, um dem Uebel zu steuern und auch ohne das Dienstjahr die körperliche Ertüchtigung des Volkes zu erweitern. Ich erinnere nur an den Vorschlag von Prof. Bier, ein Pflicht-Betätigungs-Sportjahr anstatt des Militärdienstes einzuführen; die neugegründete Hochschule in Berlin und der Reichsausschuß für körperliche Uebungen sind im gleichen Sinne an der Arbeit. Jedenfalls wird die Erziehung unseres Volkes zur körperlichen Ertüchtigung in den nächsten Jahren eine große Bedeutung haben, und die Aerzte, welche sich besonders mit Gymnastik beschäftigen, haben die Pflicht, in dieser Hinsicht führend voranzugehen. Aber nicht nur aus nationalen Gründen ist die körperliche Uebung vonnöten. Man kann ganz allgemein sagen, daß kein Mensch auf die Dauer gesund und leistungsfähig bleiben kann, der nicht in irgendeiner Form für ausreichende Körperübung sorgt. Sie werden gewiß manches Beispiel korpulenter Leute vor sich haben, welche, ohne der Körperbewegung in irgendeiner Form zu huldigen, dennoch gesund bleiben, ein hohes Alter erreichen und leistungsfähig sind. Wenn man aber diese Gestalten kritisch betrachtet, so findet man oft, daß entweder die Gesundheit oder die Leistungsfähigkeit bei denselben vorzeitige Lücken aufweisen, und daß es sich schließlich doch immer nur um Ausnahmefälle handelt.

Aber die Natur der Menschen ist so unendlich verschieden, daß sehr viel verschiedene Arten von körperlicher Betätigung für die einzelnen in Frage kommen und gottlob auch in der überreichen Zahl von gymnastischen und sportlichen Veranstaltungen ihre Befriedigung finden können.

Gymnastik und Sport wirken zunächst als Uebung der Muskulatur. Ihre Wirkung erstreckt sich aber weiterhin auf eine Reihe anderer Organe. Die Uebung des Muskels hat zur Folge eine Steigerung der Maximalleistung des Muskels, eine Steigerung der Ausdauer bei mittlerer Belastung und eine Zunahme seines Volumens. Der Grund für diese Steigerung der Ernährung und der Funktionen liegt in dem gesteigerten Blutverbrauch des arbeitenden Muskels. Der Blutzustrom des angestrengt arbeitenden Muskels beträgt 7—10 mal so viel als in der Ruhe. Hierdurch ist eine direkte Beeinflussung des Herzens zunächst gegeben, welches den gesteigerten Blutverbrauch durch vermehrte Arbeit herbeizuschaffen hat, dabei gleichfalls als arbeitender Muskel eine Steigerung seiner Ernährung und seiner Kräfte erfährt, aber auch bei übermäßiger Beanspruchung in die Gefahr der Ueberdehnung und Muskelentartung kommt. Hierbei bilden die Ermüdungsstoffe, welche sich in den arbeitenden Muskeln bilden, ein Stimulans für die Herznerven. In diesen Verhältnissen liegt bereits einer der Gründe für unsere Auffassung, daß die körperliche Bewegung für die Erhaltung der allgemeinen Leistungsfähigkeit von der größten Bedeutung ist, denn nur das Herz, welches geübt wird, plötzlich auftretenden größeren Aufgaben durch stärkere Arbeitsleistung zu genügen, kann auf die Dauer fähig bleiben, die Arbeit, welche ihm z. B. bei der Ueberwindung fieberhafter Krankheiten zugemutet wird, zu leisten, ohne zu versagen. Weiterhin beeinflußt die körperliche Bewegung unsere Lungenventilation. Sie steigt beim Spazierengehen auf das 2½fache, beim strammen Marschieren auf das 4fache, beim Bergsteigen auf das 6fache und bei Sportleistungen noch höher. Durch die eintretende Schweißabsonderung wird das Blut wasserärmer, die Zahl der Blutkörperchen im cbmm steigt an. Schließlich wird vor allen Dingen das Nervensystem günstig beeinflußt und der Wille gestählt; die Blutableitung in den Muskeln entlastet das Gehirn nach geistiger Arbeit, wenn die Uebung in mäßigen Grenzen gehalten wird. In den Wachstumsjahren bilden die körperlichen Uebungen eine wohltätige Ableitung für die gesteigerte Erotik. So ist uns in der körperlichen Uebung das mächtigste uns zur Verfügung stehende Mittel

zur Beeinflussung des Stoffwechsels und zur Steigerung aller Lebensfunktionen gegeben. Ein Drittel der erzeugten Energie wird in mechanische Arbeit umgesetzt, zwei Drittel in Wärme.

Sowohl Sport wie Gymnastik haben diese Wirkung. Die größten Anstrengungen bedingen die Sportleistungen. Jedoch der feinsten Einstellung für jeden Kräftezustand ist die Gymnastik fähig, die auch deshalb fast allein zu Heilzwecken Verwendung finden kann und in der Hauptsache auch bei der Erziehung der Jugend, bei der Behandlung und Verhütung von Krankheiten im späteren Alter angewandt wird. Sehr richtig sagt Gumprecht: „Alle Sports haben den Nutzen, daß sie die kurgemäße Körperübung zum Spiel, die Pflicht zum Vergnügen machen. Sie leiden aber alle an dem Mangel, daß sie leicht zum Selbstzweck erhoben und dann übertrieben werden." Aus praktischen Gründen muß deshalb auch die Sportbetätigung von ärztlicher Seite weitgehende Empfehlung und Pflege finden, weil durch den äußeren Anreiz des Spiels im Wettbewerb, nicht zum mindesten der kleidsamen Sportanzüge halber, viele Kreise der Körperübung zugeführt werden, die sonst aus Bequemlichkeit die äußerlich weniger Anregung bietende gymnastische Betätigung unterlassen würden.

Für unser Volksleben kommen hauptsächlich drei Gesichtspunkte in Betracht:

1. Wie schon erwähnt, ist die Gesunderhaltung des Einzelindividuums und der Rasse nur durch Pflege der körperlichen Uebung möglich. Das Bewußtsein muß in das Volk getragen werden, daß jeder die Pflicht hat, das nach seinem körperlichen Zustande für ihn passende Maß von Körperübung zu pflegen.

2. Pflege der Körperübung ist für die Militärtauglichkeit eine unerläßliche Vorbedingung. Sie wird trotz aller Utopien der Friedensschwärmer für unser Wohl und Wehe von ausschlaggebender Bedeutung bleiben. Mag die uns auferlegte Verminderung der Heeresstärke von kürzerer oder längerer Dauer sein, ein bleibender Zustand wird sie nicht sein, und wir müssen auf die Schaffung eines gesunden Unterbaus für unsere künftige Wehrmacht bedacht bleiben. Bekanntlich hatte die Militärtauglichkeit in den letzten Jahrzehnten besonders in den Großstädten erheblich abgenommen. 1879—1905 waren in Bayern nur 52% der untersuchten Wehrfähigen tauglich befunden und noch 10% mußten von den Eingestellten als untauglich entlassen werden, so daß nur 46% verblieben. Der Reichsdurchschnitt betrug 1907 in Deutschland 54%, in den Großstädten nur 26,3%. Auch in den österreichischen Alpenländern waren 1910 nur 36% der Freiwilligen tauglich. Demgegenüber will es nichts sagen, daß eine Größenzunahme der Rekruten in verschiedenen Orten festgestellt wurde. Denn, wie Spitzy hervorhebt, sind nur ganz grobe Schädigungen imstande, den Wachstumstrieb herabzusetzen, welchem eine so große Konstanz innewohnt, daß er bei Unterernährung des Individuums auf Kosten des Körpermaterials die ihm durch Erbmaß zugewiesene Körperlänge erreichen läßt. Wenn nun von den Untauglichen 1/3 wegen allgemeiner Körperschwäche und schwacher Brust zurückgestellt werden mußten, so liegt der Hinweis nahe, daß hier gerade durch körperliche Erziehung in der Jugend erhebliche Besserung herbeizuführen ist. Es ist also

3. auf die Wichtigkeit der vermehrten gymnastischen Ausbildung unserer Jugend in den Schulen hinzuweisen. Die Ausbildung des Brustkorbes und die dadurch geübte Prophylaxe der Tuberkulose wird durch Turnübungen, namentlich auch in Form der jetzt in Aufnahme gekommenen Haltungsübungen wesentlich gefördert. Darum muß also die allgemeine Kräftigung, welche Sport und Gymnastik bringen, unserer Schuljugend in immer weiterem Maße zugute kommen, wozu bereits ein erfreulicher Anfang gemacht ist (Vermehrung der Pflichtturnstunden und der Schulwanderungen seit April 1920).

Körperübung als Heilmittel findet sich schon in den ältesten Kulturdenkmälern, bei den Indern und Chinesen, erwähnt. Unsere Lehrmeister aber waren namentlich die Griechen, bei denen die Beteiligung an gymnastischen Wettkämpfen Allgemeingut des ganzen Volkes war; wohl noch in höherem Grade, als wir es bei den Engländern sehen. Aber auch die alten Germanen waren Meister in den allgemein eifrig betriebenen Leibesübungen, in denen sie staunenerregende Leistungen hervorbrachten. Nachdem im Mittelalter die allgemeine Körperausbildung des Volkes in vielen Jahrhunderten in der Wertschätzung sehr gesunken war und nur von der ritterlichen Klasse in den Turnierkämpfen gepflegt wurde, sehen wir ein Aufblühen der Pflege der Leibesübungen im 18. Jahrhundert. Gleichzeitig in Schweden, wo Peter Ling die schwedische Gymnastik begründete, und in Deutschland, welches mit seinem Turnen eine unserem Lande eigentümliche allseitiger Art der Leibesübung schuf, die in andern Ländern vielfach Nachahmung gefunden hat. Rousseau hatte in seinen Schriften schon darauf hingewiesen. Guths Muths, der Turnlehrer von Schnepfenthal, begründete das eigentliche deutsche Turnen zuerst, welches seine Fortführung durch Jahn fand. Die ersten Freiwilligen im Jahre 1813 waren Turner.

Die Turnidee umfaßte damals namentlich die idealgesinnte Jugend und wurde mit dem das Volk im Innersten bewegenden demokratischen Gedanken und den alldeutschen Bestrebungen in Verbindung gebracht, so daß mit der Bekämpfung der Demagogen auch in den ersten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts die Turnsperre verhängt wurde. Die Wiedereinführung des Turnens geschah im Jahre 1842 durch eine Kabinettsorder. Seit 1862 war es in den preußischen Volksschulen offiziell eingeführt. Seit 1910 wurde die 3. wöchentliche Turnstunde eingerichtet. Die Entwicklung des Geräteturnens, welches im Winter die Benutzung der Hallen notwendig machte, führte zu einer einseitigen Ueberschätzung dieser Form, welche aber bald durch Gegenströmungen auf das richtige Maß zurückgebracht wurde. Befruchtet durch die schwedische Heilgymnastik, welche um die Mitte des vorigen Jahrhunderts mehr und mehr Anhänger bei uns fand, wurden die Haltungsübungen im Freiturnen, die vor allem der Ausbildung des Brustkorbes und der allgemeinen Kräftigung dienen, weiter ausgebildet. Aus dem Jahre 1882 stammte der Erlaß des Ministers von Goßler, welcher die Bewegungsspiele in der Schule einführte und sie dem Turnunterricht gleichsetzte, so daß gegenwärtig in dieser Beziehung ein allseitiger erfreulicher Fortschritt zu bemerken ist. Ich erinnere nur an die sogen. Spannbeugen und ähnliche Uebungen, die in der mannigfaltigsten Form eingeführt wurden, und die früheren Uebungen des deutschen Freiturnens verbessert haben.

Eine gewisse Verwandtschaft mit dem deutschen Turnen zeigt die Heilgymnastik. Ihre Methoden sind bei uns durch das schwedische Vorbild stark beeinflußt, wenn ihre Technik und Anwendungsform auch in Deutschland erhebliche Umformung und eine gewisse Vereinfachung erfahren hat, die ihre Anwendung erleichtert. Sie gliedert sich in manuelle und maschinelle Anwendungsform, wie das Turnen aus Freiübungen und Geräteübungen besteht. Die schwedische Heilgymnastik wird bekanntlich charakterisiert durch die Widerstandsbewegung. Das ist eine der grundsätzlichen fachmännischen Unterschiede, die sie von dem deutschen Turnen unterscheidet. Während letzteres die ruckweise eingeführten Bewegungen im allgemeinen bevorzugt, verläuft die sogen. Widerstandsbewegung langsamer mit an- und abschwellender Stärke, also in einer Kurve. Es ergibt sich hieraus, daß die Heilgymnastik im Gegensatz zum Turnen für die Krankenbehandlung besser verwendbar ist. Sie läßt sich leichter dosieren. Die Widerstandsgymnastik wurde von dem Schweden Peter Ling begründet, während die maschinelle Anwendung derselben durch Zander in Stockholm durch das in sorgfältigem Studium ausprobierte System seiner Hebelapparate zu großer Vollendung gebracht wurde. Die Wirkung des Hebels erlaubt uns besonders fein die gymnastische Uebung der Muskeln dem physiologischen Kräfteverhältnis anzupassen, das bei der Kontraktion derselben waltet.

Die Muskeln wirken auf die Knochen bekanntlich meistens wie auf einarmige Hebel, und zwar in schräger Richtung, so daß sich die aufzuwendende Kraft bei der mit der Bewegung sich ändernden Winkelstellung entsprechend dem Sinus dieses Winkels ändert, der durch den ziehenden Muskel und den bewegten Knochenhebel gebildet wird. Man kann also die Anfangs- und Endstellung der Apparathebel der Funktion der in Frage kommenden Muskelgruppe annähern. Man kann eine Sinuskurve konstruieren, welche das Anwachsen und Absinken der Hebelwirkung bei den Muskelbewegungen veranschaulicht. Aber nicht allein die sogenannte Sinuskurve ist für die Hebeleinstellung maßgebend, sondern auch das Schwann'sche Gesetz, daß die Kraft des Muskels mit zunehmender Kontraktion abnimmt. Schließlich sagt uns unser Muskelgefühl, daß eine allmähliche Verstärkung und Abschwächung bei jeder Muskelbewegung als wohltuend empfunden wird.

Es kommen also schon drei Kurven in Betracht, aus denen die Resultante gezogen werden muß. Durch reine mathematische Rechnung allein ist das Problem nicht zu lösen; in der Tat hat auch Zander seine Hebelapparate nicht allein nach der Sinuskurve eingerichtet, sondern die Resultate der Rechnung beständig in vielfachen sorgfältigen Versuchen und Probekonstruktionen empirisch korrigiert. Durch Herz in Wien ist diese mechanisch-physikalische Betrachtung experimentell einer erneuten Prüfung unterzogen worden (Kräftediagramm) und hat ihn zur Herstellung einer Serie von zum Teil sehr komplizierten Apparaten geführt, die sich an die Konstruktion der Zanderapparate meistens anlehnen, aber gegenüber der Einfachheit der Zander'schen Typen keine wesentlichen Vorzüge besitzen.

Ein in Deutschland viel in gymnastischen Instituten vorhandenes System sind die von Krukenberg und seinen Nachahmern konstruierten Pendelapparate. Mit dem Pendel

werden Förderungsbewegungen ausgeführt, es hat für die Erweiterung der Gelenkbewegungen bei der Behandlung der Kontrakturen eine große Bedeutung und hat in den Kriegszeiten durch die leichte Einrichtung desselben an Behelfsapparaten eine ungeheure Verbreitung erfahren. Die Zanderschen Hebel lassen sich übrigens auch leicht für Pendelübung einrichten, die eine wichtige Erweiterung der maschinellen gymnastischen Uebung darstellt. Man ist soweit gegangen, daß man jede mediko-mechanische Uebung jetzt pendeln nennt. Das ist aber nicht richtig. Eine zuverlässige Uebung des Muskels kann nur durch den Widerstandshebel vorgenommen werden, wenn man die oben erwähnten physiologischen Verhältnisse berücksichtigt und das ist bei dem Bau der meisten reinen Pendelapparate, die ja auch die Hebelwirkung leicht einzuschalten erlauben, nicht der Fall. Die einzig richtige Allgemeinbezeichnung für die Behandlung im gymnastischen Institut ist *Uebung*. Auch die Erweiterung der Gelenkexkursion durch die fördernde Pendelbewegung ist Uebung. Auch hier handelt es sich um Uebung einer Organfunktion, denn nicht allein die Muskeln erfahren durch Uebung eine Vergrößerung ihrer Funktion, sondern alle Körperorgane. Für das Nervensystem sehen wir ja auch diesen Weg in der bahnenden kompensatorischen Uebungstherapie von Frenkel und Goldscheider beschritten.

Nur die vollkommensten Apparate dürfen zur Behandlung innerer Krankheitszustände Verwendung finden. Am Hebelapparat muß mit Leichtigkeit die Bewegungsachse des Hebels mit der betreffenden Gelenkachse zur Deckung zu bringen sein. In manchen großen gymnastischen Instituten, ich erinnere namentlich an Berlin, Hamburg, verschiedenen Bädern, findet in größerem Umfange gymnastische Behandlung der verschiedensten inneren Krankheiten statt. Die inneren Kliniker stehen wohl jetzt der Mehrzahl nach auf dem Standpunkte, daß dieses Mittel zur Vorbeugung und Heilung einer ganzen Reihe von Krankheitszuständen schlechthin unentbehrlich ist. Die Vorbeugung der Gefäßerkrankungen, die Kräftigung des geschwächten Herzmuskels, die Beeinflussung nervöser und Stoffwechsel-Störungen (man denke an die chronische Obstipation) sind und bleiben neben den rheumatischen und traumatischen Krankheitszuständen das Hauptgebiet, auf dem diese Form der Gymnastik ihre Triumphe feiert. Nur dort, wo wirklich zuverlässige, gründlich ausgebildete Heilgymnasten zur Verfügung stehen, kann die maschinelle Anwendung durch die manuelle ersetzt werden, was in Schweden im ungleich größeren Umfange der Fall ist, als bei uns. Die sog. Selbsthemmungsgymnastik von Schott, auf die ich im einzelnen nicht näher eingehen kann, hat, wie ich mich überzeugt habe, sehr vielfache Ablehnung erfahren. Ebenso sind wohl die Oertelschen Terrainkuren verlassen wegen der im einzelnen fehlenden Kontrolle, die bei einem so differenten Mittel, wie das Bergsteigen für Herzkranke, doppelt nötig ist.

Die einfachste Bewegungsanweisung, die alte *Schreber'sche* Vorschrift, ist zuweilen recht brauchbar. Für die Jugend ist sie natürlich schon wegen ihrer monotonen Uebungen nicht verwendbar. Man kann sie aber älteren Patienten mit schlaffen Muskeln, die keine Zeit haben, regelmäßig Uebungsstätten zu besuchen, für die häusliche Uebung empfehlen. Sie ist jedenfalls besser brauchbar als die Müllerei, die viel Opfer gefordert hat. Sehr wesentlich ist es, daß man dem Patienten in der Sprechstunde auch vormacht, was sie üben sollen, man muß ihnen an ihrem Körper zeigen, wie wichtig es z. B. ist, daß wir alle unsere Gelenke einschließlich der Zehen in möglichst normaler Exkursionsbreite erhalten. Die besten Anweisungen nützen natürlich nichts, wenn sie nicht ausgeführt werden.

Beliebter wird die gymnastische Vorschrift, wenn sie auch äußerlich anregend wirkt. Namentlich für den weiblichen Körper gelten andere Gesichtspunkte. In der ganzen Tierwelt werden Kämpfe und Wettkämpfe nur von den Männchen ausgeführt. Es kommt für den Frauenkörper nicht so sehr auf die Entwicklung einer gegen jeden Widerstand ankämpfenden Energie an, als auf die Frage anmutiger Bewegungen. Hier sind die sog. *kallisthenischen* Systeme von Dalcroze und anderen entschieden von günstiger Wirkung. Sie haben sich einen großen Kreis erobert, und man soll das Gute nehmen, wo man es findet. Wenn auch die Gefallsucht bei den Vorführungen zuweilen eine nicht ganz erwünschte Befriedigung findet, so wird die Beherrschung des Körpers in Haltung und Bewegung sehr wirksam geübt. Ich habe die wachsende Geschmeidigkeit, die Beherrschung des Muskelspiels bei den Mädchen dieser Kurse oft konstatieren können. Auch das Mensendieck'sche System ist gut durchdacht. Es basiert auf guten, anatomischen Beobachtungen. Uebrigens soll durch diese Zimmergymnastik natürlich keineswegs für die Mädchen die Beteiligung an der Turnausbildung und den Bewegungsspielen ersetzt werden, von denen das Tennisspiel seine Beliebtheit mit Recht genießt wegen der vielseitigen Körperausbildung, die es bringt.

Für Knaben sind jene Systeme nicht verwendbar. Wenn auch meines Erachtens bei den männlichen Sportübungen, wie wir sie auf den Sportwiesen der Großstädte sehen, auf Schönheit der Bewegungen neben der Kräfteentfaltung mehr Wert zu legen ist, so brauchen die Knaben jedenfalls Gelegenheit, sich ausgiebig zu tummeln, um den Körper zu stählen. Die ganze Reihe der Sportübungen: Völkerball, Barlauf, Leichtathletik, Fußball, Wandern, Bergsteigen und ungezählte andere stehen ihnen offen. Dabei ist sehr wichtig die Beschränkung in der Bekleidung, die bis zum *Nackturnen* fortzusetzen uns erstrebenswert erscheint. Eine sehr erhebliche Angewöhnung ist in dieser Hinsicht möglich. Der Reiz der Besonnung und der Luftbewegung sowie des kalten Wassers, das *Gefäßturnen* ist in seinem Wert für den Stoffwechsel der bloßen gymnastischen Muskelübung fast gleich zu setzen. Spitzy erwähnt z. B. Bern, wo das Nacktturnen bereits in großem Umfange eingeführt ist. Auch in Deutschland ist man in den Waldschulen stellenweise dazu übergegangen, und die Sanatorien benutzen diese Heilfaktoren in ausgedehntem Maße. Neben dem *Schwimmen* bietet das *Rudern* eine Kombination von Muskelübungen, Lufteinwirkung und Wasseranwendung. Die Gefahren, die die Uebertreibung des Rudersports für die Jugend herbeiführt, sind Ihnen wohl bekannt. Es ist durchaus notwendig, daß die Ruderer ärztlich untersucht und nach ihrem Kräftezustand sortiert werden. Nur Knaben über 10 Jahre dürfen sich daran beteiligen. Die strengste Kontrolle muß durch Lehrer oder Spiel- und Sportleiter erfolgen. Kein Nierenkranker und kein schwaches Herz darf daran teilnehmen. Wenn ich noch den *Wintersport* erwähnen darf, der zum Glück eine steigende Bedeutung gewinnt, so ist das Schien und *Rodeln* für Knaben und Mädchen sehr empfehlenswert. Ersteres ebenfalls nicht vor 8 Jahren. Ein sehr beliebter Sport, das *Radfahren*, ist aber viel weniger wert, als seiner großen Beliebtheit entspricht. Das Zweirad ist nur ein Beförderungsmittel, freilich ein unentbehrliches, aber als Wettkampfsport zu verwerfen, namentlich für die Jugend. Die Muskelübung ist ganz einseitig. Dazu beachte man die zusammengekrümmte Haltung des Rückens, die Einengung des Brustkorbes bei Wettfahrten, und man wird das Urteil für die Verwendung dieses Sports für die Jugend gesprochen haben. Wenn auch der Wettbewerb und der Kampf um den Sieg für die Erreichung höherer Leistungen von der größten Bedeutung ist, so sieht man gerade beim Radfahren, wohin die Uebertreibung des Wettbewerbes in dem bloßen Suchen nach dem zahlenmäßigen Rekord ausarten kann. Der Rekord stellt eben eine absolute Zahl dar, die immer nur für den Einzelnen zugeschnitten sein kann. Was für den einen die Höchstleistung ist, ist für den anderen nur der Mittelwert. Die „rage des nombres" hat viel Opfer gefordert. Vom Radfahren ist noch zu erwähnen, daß es allerdings für Erwachsene in mäßigen Grenzen als heilende Sportübung anwendbar ist, die namentlich für Neurastheniker empfohlen wird, weil mit wenig Anstrengung verhältnismäßig viel Arbeit geleistet wird. Nach Zuntz ist der Stoffwechsel bei einem Fußmarsch von 6 km dem bei 13,6 km Radfahren gleich zu setzen. Das geringe Ermüdungsgefühl, das das Radfahren erzeugt, weil die Anstrengung des Tragens des Körpergewichts wegfällt, bildet eine große Gefahr für die Uebertreibung. Weil eine ausgiebige Lungenventilation stattfindet, wird es übrigens von Zuntz auch für die Nachbehandlung pleuritischer Schwarten empfohlen. Das Siegfried'sche Rad findet der Hauptsache nach wohl nur Verwendung für Ataktiker als bahnende Uebungsbewegung. Für die Verwendung des Zimmerrades ist ebenso wie für den sog. Ergostat kaum irgend eine Indikation vorhanden, da die einseitige Beinbewegung durch Gehen viel besser erfolgt und beim Ergostaten die Kräftemessung illusorisch ist und keinerlei Wert besitzt.

Fügen wir noch die Verwendung des *Reitens* bei Darmstörungen hinzu, ferner von verschiedenen anstrengenden Sportarten bei korpulenten Leuten mit gesundem Herzen, so ist die Möglichkeit der Anwendung des Sports bei Krankheitszuständen, einschließlich der oben genannten Fälle, bereits erschöpft, und der Sport kann im wesentlichen nur als ein Prophylaktikum für Krankheitszustände angesehen werden, welches in manchen Fällen statt der Gymnastik verwendet wird, weil diese Verordnung lieber befolgt wird als die der gymnastischen Körperübung.

Der Gymnastik aber ist ein weites Feld auch bei der Krankenbehandlung einzuräumen. Unsere Aufgabe ist es, Aerzten und Patienten immer wieder in Erinnerung zu bringen, daß die Leibesübung nicht vernachlässigt werden darf. Die Anzahl der gymnastisch durchgebildeten Aerzte in Deutschland scheint zureichend zu sein. Soeben hat Quincke für die Einrichtung von Freiübungen auf den inneren Stationen der Krankenhäuser für alle Rekonvaleszenten und viele Kranke plädiert, wie es in Kiel bereits der Fall ist. Für die Jugendausbildung muß aber entschieden eine Erweiterung der Leibesübungen eintreten. Das Verhältnis der Zahl der Turn- und Spielstunden zu der Zahl wissenschaftlicher Aus-

bildung gewidmeten in England, Frankreich und Deutschland fällt jetzt noch zu unseren Ungunsten aus. Wir befinden uns aber in aufsteigender Entwicklung. Eine große Anzahl von Sport- und Turnvereinen erleichtert die allgemeine Teilnahme an den Leibesübungen und erfreut sich gerade jetzt einer steigenden Mitgliederzahl. Auf den höheren Schulen der größeren Städte finden im großen Maßstabe sportliche Wettkämpfe statt. In Magdeburg sind auch an den Volksschulen freie Spielvereinigungen unter Mitwirkung der Lehrerschaft gegründet worden. Hier ist auch die schwierige Frage der Uebung der Schwächlinge gelöst. Die Schwächlinge bilden ja oft für die körperlich normal Begabten einen Hemmschuh; deshalb sind in Magdeburg Turnklassen A für Normale und Förderturnklassen B für die Zurückbleibenden eingerichtet. Beim weiteren Vorrücken auf der Schule können die B-Schüler in die A-Klassen übergehen, oder, falls ihre körperliche Entwicklung minderwertig bleibt, durch die ganze Schule in der B-Klasse bleiben. Auch die Universitäten sind sich hier ihrer führenden Aufgabe bewußt. Ein Anfang ist bereits gemacht, ich erinnere an die seit 20 Jahren schon in Königsberg segensreich wirkende Palaestra-Albertina, an Gießen und die Hochschule für Leibesübungen in Berlin. Ein Fortschritt ist auch, daß zum 1. April d. J. für alle Schulen die Bestimmungen des im August 1919 von einer Versammlung von Turnlehrern und Sportvereinsvertretern der Regierung vorgeschlagenen Leitfadens in Kraft getreten sind, die dahin lauten, daß außer den drei pflichtmäßigen Turnstunden noch ein pflichtmäßiger Nachmittag in der Woche für Turnen, Wandern oder Sport verwendet wird, und daß außerdem alle 4 Wochen ein Ganztag auf das Wandern zu verwenden ist. Das Pflichtturnen darf nicht infolge ungünstiger Witterung ausfallen.

Am großzügigsten und weitgehendsten ist der Antrag von Bier, ein obligatorisches Sport-, Spiel- und Turnjahr einzurichten, während dessen der Beruf ruht, wobei körperlich Untaugliche ausgeschlossen werden. Hierdurch soll der heranwachsenden Jugend die Liebe zur Körperübung eingepflanzt werden. Vielleicht läßt sich das Ziel auch durch freiwillige Betätigung erreichen. Unsere Aufgabe ist es jedenfalls, aufklärend auf das Volk zu wirken und die wichtigen Heilfaktoren: Sonne, Luft, Wasser, Uebung nicht den Kurpfuschern zu überlassen, sondern sie in ärztliche Regie zu nehmen.

II. Referate.

Physiologie.

Cand. med. **Gregor Gordon** (Wilna): **Ueber den Einfluß höherer Temperaturen auf die Zusammensetzung des Blutes.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 39.)

Verf. hat in der experimentell-biologischen Abteilung des pathologischen Institutes der Universität Berlin an einem Hund den Einfluß höherer Temperaturen auf die Zusammensetzung des Blutes untersucht und dabei folgendes gefunden: An den trocken erwärmten Körperstellen hat die Zahl der roten Blutkörperchen zugenommen, während man beim feuchten Erhitzen diese konstante Vermehrung der roten Blutkörperchen vermißte. Im Venenblute hat sich durch Erhitzen der Gehalt an Fibrin nicht geändert. Die gefundenen Veränderungen des Blutes sind zunächst und bei den einzelnen Versuchen nur lokaler Natur und gelten zunächst auch nicht für das Gesamtblut. Erst bei täglich vorgenommenen stündlichen Erwärmungen scheint die Zahl der roten Blutkörperchen im Laufe von Wochen im ganzen Körper zuzunehmen. Es ist interessant, in diesem Zusammenhange darauf hinzuweisen, daß Bickel, Loewy, Schweitzer und Wohlgemuth festgestellt haben, daß bei Europäern, welche Aufenthalt in der Wüste nehmen, die Zahl der roten Blutkörperchen ansteigt, und daß Grober in Bestätigung dieser Annahmen gefunden hat, daß die eingeborenen Wüsteneinwohner eine abnorm hohe Zahl von roten Blutkörperchen erkennen lassen. Hh.

Innere Medizin.

Prof. Dr. **G. Treupel** (Frankfurt a. M.): **Ueber Sekunden-Herztod.** (Ztschr. f. ärztl. Fortbildung, 1920, Nr. 19.)

Verf. erörtert die Frage des plötzlichen Herzstillstandes, der die Folge schwerer und schwerster Störungen ist, die unmittelbar den Herzmechanismus schädigen oder die durch eine so erhöhte Inanspruchnahme des Herzens entstehen, daß dabei die Grenze der für das betroffene Herz möglichen Leistung überschritten wird. Abgesehen von Verletzungen des Herzens durch äußere Gewalt und abgesehen von den seltenen Fällen ausgedehnter Zerstörungen des Reizleitungssystems und diffuser Myokarditis ist die wesentlichste Ursache für die akute Herzschwäche eine funktionelle Schädigung oder nervöse Einflüsse. In den letztgenannten Fällen läßt sich bei der Autopsie am Herzen selbst eine anatomische Ursache nicht feststellen. Eine außerordentlich wichtige Rolle bei dem sekundären Herztod spielt das Herzflimmern als Vorbote des Kammerstillstandes. Das Flimmern kommt nach Hering durch Disposition und Auslösung zustande. Interessant ist die Mitteilung von Frank über die pathologisch-anatomischen Grundlagen bei vier zur Obduktion gelangten Sekunden-Herztodesfällen, die alle während der Arbeit tot umgefallen waren. Bei allen war eine relativ stärkere Anreicherung des Blutes mit Kohlensäure infolge herabgesetzter Herzkraft festzustellen. Hering hat versucht, das Herzkammerflimmern durch Auskultation nachzuweisen, indem er beim Aufsetzen des Stethoskops auf die Herzgegend, nachdem alle sonst wahrnehmbaren Erscheinungen der Zirkulation und der Atmung nicht mehr nachweisbar waren, ein ½ bis 2 Minuten anhaltendes kontinuierliches leises Rauschen hörte. Die Wiederanregung der Herztätigkeit bei menschlichen Leichen mittelst Durchströmung mit Ringerscher Flüssigkeit und der Zufuhr von Sauerstoff ist H. E. Hering unter 13 Fällen 3 mal geglückt. Auf Grund der Hering'schen Untersuchungen und eigener experimenteller Studien schlägt Boruttau vor, bei primärem Aufhören des Pulses und in der Narkose sowie beim elektrischen Starkstromunfall schleunigst intrakardiale Injektionen von kampferhaltiger, kalkfreier Salzlösung vorzunehmen, unterstützt durch Herzmassage und künstliche Atmung. Hh.

Prof. Dr. **Carl Sternberg** (Wien): **Ueber akute Leukämie.** (Wiener klin. Wochenschr. 1920, Nr. 26.)

An der Hand von zwei ausführlich mitgeteilten Fällen bespricht Verfasser die Frage der akuten Leukämie. In dem ersten Fall handelte es sich um ein kräftiges 20 jähriges Mädchen, das anscheinend aus voller Gesundheit akut fieberhaft an einer Streptokokkensepsis erkrankte. Der Verlauf der Krankheit entsprach vollständig einer sogenannten akuten Leukämie, die Blutuntersuchung ergab eine starke Anämie mit sehr beträchtlicher relativer Lymphozytose, allerdings ohne Vermehrung, eher mit Verminderung der Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen. Im zweiten Falle handelte es sich um ein 18 jähriges bis zur letzten Erkrankung angeblich völlig gesundes Mädchen, doch scheint die Krankheit mehr allmählich eingesetzt, dann aber einen sehr akuten Verlauf genommen zu haben. Es bestand eine hämorrhagische Diathese, im Blut eine starke absolute und relative Lymphozytose, so daß die Diagnose einer akuten lymphatischen Leukämie gestellt wurde. Die anatomische Untersuchung ergab in beiden Fällen den typischen Befund einer chronischen lymphatischen Leukämie mit großem Milztumor, dichten Lymphozytenanhäufungen in der Leber und in den Nieren und lymphatischer Hyperplasie des Knochenmarks. Hyperplasie der Lymphdrüsen fehlte im ersten Falle vollständig und war im zweiten Falle nur in geringem Grade entwickelt. Nach Verfasser kann es sich in den beiden Fällen nur um die Kombination einer akuten Allgemeininfektion mit einer bis dahin unbemerkt gebliebenen Leukämie gehandelt haben, die noch in der Entwicklung begriffen war. Daß selbst lange bestehende, hochgradige lymphatische Leukämien unerkannt bleiben können und erst gelegentlich der Obduktion entdeckt werden, zeigt Verfasser an zwei anderen Fällen. — Auf Grund der obigen und ähnlicher Fälle aus der Literatur hält Verfasser den Schluß für gerechtfertigt, daß es weder eine akute Form der chronischen myeloischen noch der chronischen lymphatischen Leukämie gibt. Jener Symptomenkomplex, der als akute Leukämie bezeichnet wird, ist keine echte Leukämie, sondern eine Allgemeininfektion mit leukämoidem Blutbefund und entsprechender Reaktion des hämatopoetischen Apparats, myeloische Umwandlung und Myelozytose bei der sogenannten akuten myeloischen Leukämie, lymphatische Hyperplasie und Lymphämie bei der sogenannten akuten lymphatischen Leukämie. L.

Gerhard Denecke (Greifswald): **Die Behandlung der chronischen Arthritis mit Sanarthrit und Proteïnkörpern.** (Therapie der Gegenwart, Juni 1920.)

Verfasser berichtet über die Erfahrungen, die in der Greifswalder medizinischen Klinik bei der Behandlung von Gelenkerkrankungen mit dem von Heilner angegebenen Sanarthrit, einem eiweißfreien Knorpelextrakt, gemacht wurden. Es wurden 30 Fälle behandelt, und zwar 14 Fälle von primärer chronischer Arthritis, 11 Fälle von Arthritis deformans und 5 Fälle von Malum coxae senile. In letzteren wurde, wie zu erwarten, keine Einwirkung des Sanarthrits beobachtet. Bei der primären chronischen Arthritis wurde nur in 4 Fällen eine Besserung erzielt; zweimal handelte es sich hauptsächlich um ein Nachlassen der subjektiven Beschwerden neben mäßiger Besserung der Motilität, in den beiden anderen Fällen wurden die erkrankten Gelenke wieder vollständig beweglich. Am besten waren die Erfolge bei der Arthritis deformans. Zehn Patienten (von 11) zeigten deutliche Besserung. Vorher völlig fixierte Finger und Zehen wurden wieder gebrauchsfähig, auch die Kniegelenke wurden wieder soweit beweglich, daß sie im Gehen wenigstens nicht mehr störten. Auch Verdickungen und Auftreibungen der Gelenke und ihrer Umgebung gingen zurück. Die Mehrzahl

der Kranken wurde während der Sanarthritbehandlung nicht mit den sonst üblichen medikamentösen und physikalischen Methoden behandelt; daher kann der Erfolg allein auf Rechnung des Sanarthrits geschrieben werden. Verfasser geht dann noch auf die theoretische Erklärung der Sanarthritwirkung ein. Die Theorie Heilners vom Gewebeschutz und seiner Wiederherstellung durch Sanarthrit hält er nicht für zutreffend. Aber auch um eine unspezifische Eiweißwirkung handelt es sich nicht, denn Sanarthrit enthält kein Eiweiß, sondern nur Aminosäuren. Parallelversuche mit Einspritzungen von Milch, Caseosan und Gonargin ergaben zwar starke Allgemeinreaktionen, aber nie eine Spur von Herdreaktionen im erkrankten Gelenk, während solche nach Sanarthritinjektionen auftreten, sich nach Verfasser auch objektiv in einer Erhöhung der Hauttemperatur um 1 Grad und mehr über dem erkrankten Gelenk bemerkbar machen. Demnach wirkt das Sanarthrit spezifisch auf erkrankte Gelenke und ist als eine willkommene Bereicherung der Therapie der chronischen Gelenkerkrankungen zu begrüßen, wenn man sich auch vor übergroßen Erwartungen hüten muß. L.

Dr. **Adolf Edelmann** und Dr. **Karl Hitzenberger** (Wien): **Klopfempfindlichkeit der Wirbelsäule bei Erkrankungen der Lungenhilusdrüsen.** (Med. Klin. 1920, Nr. 39.)

Mit Rücksicht auf die große Bedeutung der akut und subakut entzündlichen Schwellungen der Lungenhilusdrüsen für den Beginn der Tuberkulose, für akute Bronchitis, Lungenentzündung und Keuchhusten sind verläßliche Symptome für ihre Erkennung durchaus wichtig. E. Neisser und J. Petruschky haben als ein besonders sicheres Symptom für Bronchialdrüsentuberkulose die Klopfempfindlichkeit zwischen dem 2. und 7. Brustwirbeldorn angegeben. Bei der Tuberkulose ist dieses Symptom ein mindestens durch lange Zeit konstanter Befund, während es bei den übrigen angegebenen Erkrankungen nach Abheilung des Grundleidens verschwindet. Die Röntgenuntersuchung bestätigte in der Mehrzahl der Fälle die diagnostische Bedeutung der Klopfempfindlichkeit, indem sie eine Vergrößerung des Hilusschattens ergab. Die Klopfempfindlichkeit verdient als diagnostisches Zeichen eine größere Beachtung, als ihr bisher zuteil wurde. Hh.

Pharmakologie und Toxikologie.

Prof. Dr. **H. Fühner** (Königsberg i. Pr.): **Deutsche Arzneimittel.** (Ztschr. f. ärztl. Fortbildung, 1920, Nr. 19.)

Verf. bespricht die außerordentlich wichtige Frage, wie wir heute für uns unerreichbare oder unbezahlbare Arzneimittel durch einheimische ersetzen können. Ob und inwieweit wir ausländische Arzneipflanzen durch einheimische ersetzen können, bedarf noch einer genauen Prüfung. Wichtiger jedoch erscheint ihm die Aufgabe, durch die deutsche Industrie die Drogen mit ihrem immer wechselnden Gehalt an wirksamen Bestandteilen zu ersetzen durch chemisch reine und dabei gleichmäßig wirkende Substanzen, und zwar durch die in den Naturprodukten enthaltenen Alkaloide und Glykoside oder besser durch vollkommen künstlich, synthetisch, aufgebaute Ersatzmittel. So ist es z. B. den Elberfelder Farbenfabriken (Bayer) gelungen, das Hydrastinin synthetisch darzustellen, so daß jeder Arzt, der heute seinen Patienten die unerhört teure Droge Hydrastis und ihr Extrakt verordnet, sich an unserem Nationalvermögen versündigt. Verf. betont nachdrücklich, daß die Aerzte am Fortschritt und an der Verbesserung unseres Arzneischatzes dadurch am besten mitarbeiten, daß sie die deutsche chemische Arzneimittelindustrie unterstützen. Das Bestreben soll dahin gehen, aus allen Drogen die wirksamen Substanzen in reiner Form zu isolieren, ihre chemische Konstitution zu ermitteln und sie künstlich herzustellen. Eine interessante Liste zeigt die ganz unglaubliche Preissteigerung unserer wichtigsten Arzneimittel, die zum größten Teil dadurch bedingt ist, daß die Mittel aus dem Auslande stammen. Hh.

Konrad Ruhnau (Berlin): **Das Trypaflavin als inneres Therapeutikum.** (Therapie der Gegenwart, Juni 1920.)

Im Gegensatz zu einigen anderen Autoren sah Verfasser bei der intravenösen Anwendung des Trypaflavins gegen Infektionskrankheiten keine deutlichen Erfolge. Behandelt wurden auf der zweiten inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses Berlin-Moabit mit Trypaflavin 7 schwere Grippepneumonien, 6 einfache Grippe-Erkrankungen, 6 Erysipele, 1 Fall von chronischer Endokarditis und 1 Fall von chronischem Gelenkrheumatismus. Meist wurde Trypaflavin in Dosen von 0,1 : 20 bis 3mal im ganzen gegeben, in 2 Fällen in stärkerer Dosis (0,2 : 20 resp. 0,4—0,5 : 20). Von den 7 schweren Grippepneumonien endigten 6 tötlich. Nach den Injektionen war weder eine subjektive noch objektive Besserung feststellbar. Ein Uebergreifen der Erkrankung auf andere Lungenteile wurde nicht verhindert. Die anderen Grippeerkrankungen waren von vornherein leicht bis mittelschwer und gelangten zur Genesung; ein Einfluß des Trypaflavins war möglicherweise in zwei Fällen vorhanden. Die Erysipelfälle, von denen einer tötlich endigte, ließen keine Einwirkung des Trypaflavins in ihrem Verlauf erkennen, ebensowenig die Fälle von chronischer Endokarditis und chronischem Gelenkrheumatismus. L.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

O. Feis (Frankfurt a. M.): **Zur Diagnose der chronischen Bartholinitis.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 26.)

Zur Diagnose und Behandlung der Bartholin'schen Drüse bei der Gonorrhöe empfiehlt Verfasser neben der sonst üblichen manuellen oder instrumentellen Expression der Drüse ihre Sondierung. Wenn man die großen Labien zur Seite zieht, erblickt man (ev unter Zuhilfenahme der Lupe) etwa in der Mitte zwischen Ansatz des Hymen und Mitte des Labium minus, gewöhnlich etwas näher am Hymenrand liegend, die Mündung des Ausführungsganges der Bartholinschen Drüse als eine sehr feine Oeffnung, die durch das Zurseiteziehen spaltförmig und dadurch deutlicher sichtbar wird. Manchmal ist der Ausführungsgang nur einseitig vorhanden. Mit feinster Metallsonde gelingt es in vielen Fällen, den Gang zu sondieren; man dringt 1—1½ cm tief ein. Das der Sonde anhaftende Sekret genügt völlig für die mikroskopische Untersuchung. Nur wenn die Expression kein positives Ergebnis zeigt, ist die Sondierung angezeigt. Unter 31 Fällen subakuter und chronischer Gonorrhoe, bei denen Sekret nicht ausdrückbar war, gelang die Sondierung des Ausführungsganges 22 mal; darunter ergab die Untersuchung des an der Sonde haftenden Sekrets 11 mal Gonokokken. Zur Behandlung instilliert Verf. mittels feiner Anel-Spritze täglich ½proz. Arg. nitric.-Lösung in den Ausführungsgang. Auf diese Weise gelingt es in 4—6 Wochen, das Sekret gonokokkenfrei zu machen. L.

Strahlenbehandlung.

Dr. **J. Schütze** (Berlin): **Zahlenmäßige Bestimmung der Lichterythemdosis mittels des Fürstenau-Aktinimeters.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 40).

Verf. ist der Ansicht, daß für die Lichttherapie ein exaktes Dosierungsinstrument durchaus notwendig ist. Er verwendet seit längerer Zeit das neue Fürstenau-Aktinimeter bei Bestrahlungen mit Ultraviolettlicht; dadurch ist er in der Lage, nach Wunsch Erytheme verschiedenen Grades von leichtester Rötung bis zu intensiver Verfärbung herzustellen. Ferner konnte er durch die Aktinimeterkontrolle feststellen, daß die Lichtquelle durchaus kein konstanter Faktor ist, wie man allgemein bisher angenommen hat, und daß die Lichtausbeute bei zunehmender Bestrahlungszeit prozentual abnimmt. Das Fürstenau-Aktinimeter unterscheidet sich von dem Intensimeter der Röntgentherapie nur durch eine Aenderung der Selenzelle. Die genaue Dosierung, die sich durch den neuen Apparat in der Lichttherapie ermöglichen läßt, bedeutet sicherlich einen hervorragenden Fortschritt und eröffnet der Lichttherapie neue Perspektiven. Hh.

Privatdozent Dr. **O. Jüngling** (Tübingen): **Die praktische Verwendbarkeit der Wurzelreaktion von Vicia faba equina zur Bestimmung der biologischen Wertigkeit der Röntgenstrahlung.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 40.)

Die Vorbedingung für eine rationelle Röntgentiefentherapie ist nach Verf. die Kenntnis der biologischen Wertigkeit der angewandten Strahlung in verschiedenen Gewebstiefen. Alle Bemühungen, ein praktisches Intensimeter für die Tiefentherapie zu konstruieren, haben zu keinem zufriedenstellenden Erfolg geführt. Verf. hat die biologische Reaktion wieder aufgenommen, die er vor 2½ Jahren auszuarbeiten begonnen hat, nämlich die Wurzelreaktion der Keimlinge von Pferdebohnen, die eine recht genaue Abschätzung der biologischen Wertigkeit verschiedener Strahlungen, auch Strahlungen verschiedener Qualität in verschiedenen Gewebstiefen gestattet. Die Wurzelreaktion der Pferdebohne kann nach den neuesten Arbeiten des Verf. auch ohne Verwendung eines Thermostaten unter Einhaltung gewisser Vorsichtsmaßregeln gegen größere Temperaturschwankungen in der Röntgendosierung wertvolle Dienste leisten. Durch diese Methode kann man die Expositionszeit feststellen, welche nötig ist, um mit irgendeiner Strahlung einen bestimmten biologischen Effekt an der Oberfläche zu erzielen, und ferner, um wieviel die Expositionszeit bei irgendeiner Strahlung verlängert werden muß, um denselben Effekt in einer bestimmten Wassertiefe unter bestimmten äußeren Bedingungen zu erzielen. Das ganze zur Ausführung der Bohnenreaktion nötige Zubehör kann von der Firma C. Erbe in Tübingen bezogen werden. Hh.

Physikalische Behandlung.

Dr. **Franz Nagelschmidt** (Charlottenburg): **Ueber monochromatische Lichtbehandlung.** (Berl. klin. Wochenschrift 1920, Nr. 33.)

Verf. hat eine neue Bestrahlung erprobt, welche im Gegensatz zu den Glüh- und Bogenlichtlampen kein Gemisch der

verschiedenen Spektralgebiete liefert, sondern vorwiegend Strahlen von bestimmter Wellenlänge aussendet. Mit dieser monochromatischen Lichtbehandlung konnte er eine Finsenreaktion schon nach 10—15 Minuten statt nach einer Stunde erzielen. Das Verfahren bedeutet demnach eine Abkürzung und Verbilligung der Lupusbehandlung. Die neue von Ewest konstruierte Lichtquelle führt den Namen „Neonlampe"; sie liefert ein hellrotes, ganz kaltes Licht und wird von der Auer-Gesellschaft in Berlin hergestellt. Auf die normale Haut übt die Neonlampe keine verändernde Wirkung aus. Bei hyperämischer, entzündeter Haut dagegen tritt eine sedative Wirkung deutlich in die Erscheinung; die Entzündung blaßt ab, Oedeme und Hautschwellungen gehen zurück, Sekrete trocknen ein, und Eiterungen bessern sich: man kann von einer entzündunghemmenden, juckl indernden und schmerzstillenden Wirkung reden. — Verf. hat die genannten Wirkungen der Neonlampe an einer Reihe von Patienten beobachten können. Hh.

III. Bücherschau.

Prof. Dr. **C. Dorno** (Davos): **Klimatologie im Dienste der Medizin.** — 1920, Verlag Friedr. Vieweg & Sohn in Braunschweig. — 74 Seiten, 11 Figuren im Text. — Preis geh. 5,— M.

Das vorliegende Buch ist eine vorzügliche Einführung in die Lehre der medizinischen Klimatologie. Es ist außerordentlich klar und trotz der Schwierigkeit der Materie leicht verständlich geschrieben. Die schwierigen physikalischen und mathematischen Probleme sind weggelassen, so daß es auch für den Leser leicht faßlich ist, der sich mit den meteorologischen Grundlagen nicht genügend vertraut gemacht hat. Der Wert der Klimatologie für die Medizin und die einzelnen klimatologischen Faktoren sind anschaulich zur Darstellung gebracht. Interessante Tabellen und instruktive Kurven erleichtern das Verständnis wesentlich.

Es wäre durchaus zu wünschen, daß das preiswerte Büchlein eine weite Verbreitung unter den ärztlichen Praktikern findet, schon weil es dazu angetan ist, das Interesse an der Klimatologie zu steigern oder wachzurufen, deren Wert zurzeit in der Medizin noch nicht genügend gewürdigt wird. Hh.

Das Geschlechtsleben der Hysterischen. Eine medizinische, soziologische und forensische Studie. Von Dr. med. **Placzek,** Nervenarzt in Berlin. Bonn 1919, A. Marcus u. E. Webers Verlag. Dr. jur. Albert Ahn. 264 S., br. M. 15, geb. M. 17,50.

Die neueste Schrift des bekannten Neurologen bietet gleichzeitig mehr und weniger, als der Titel verspricht. Mehr insofern, als der Verfasser alle Aeußerungen der Hysterie in den Kreis seiner Betrachtungen zieht; weniger insofern, als er unsere Kenntnis des Hauptgegenstandes, der sexuellen Betätigung der Hysterischen, zwar durch mancherlei Tatsächliches bereichert, aber nicht wesentlich vertieft. Placzek's Argumentation erscheint oft gewaltsam; die Petitio principii wird vielfach mit wirklicher Beweisführung verwechselt. Wer wie Verf. in allen möglichen pathologischen Handlungen Hysterischer Aequivalente sexueller Betätigung sieht, muß sich bewußt bleiben, daß er nur eine Hypothese aufstellt, und darf in diesem Sinne gedeutete Tatsachen nicht als Beweismaterial verwenden, wenn er die Bedeutung des sexuellen Moments in der Pathogenese der Hysterie dartun will. Dem hierin liegenden Denkfehler ist wohl auch der handgreifliche Widerspruch entsprungen, dessen sich Pl. schuldig macht, wenn er einerseits in der Einleitung beklagt, daß „wir von dem Geschlechtsleben der an Hysterie Leidenden so gut wie gar nichts wissen", andrerseits auf S. 198 emphatisch ausruft, daß unsere Kenntnis vom Geschlechtsleben der Hysterischen „zu den wissenschaftlich gesichertsten Erfahrungen zählt". — Auch in seiner Stellungnahme zu den Theorien Freud's scheint uns Verf. nicht besonders glücklich, indem er wohl absichtlich die Grenzlinie zwischen Zustimmung und Ablehnung nirgends scharf zieht.

Die angedeuteten Mängel, die zum Teil gewiß in der Schwierigkeit begründet sind, die der behandelte Gegenstand der logischen Erfassung entgegensetzt, werden jedoch durch die Vorzüge des Buches mehr als ausgeglichen. Diese Vorzüge sind einmal der Reichtum der Darstellung an Tatsacheninhalt, sodann die Mannigfaltigkeit der Gesichtspunkte, von denen aus der Verfasser sein Thema betrachtet. Er hat durch Verbindung eines sorgfältigen Literaturstudiums mit seiner eigenen, nicht geringen Erfahrung ein umfassendes Material über die pathologischen Handlungen Hysterischer, vorwiegend natürlich solcher weiblichen Geschlechts, zusammengebracht und übersichtlich geordnet, so daß, vom Theoretischen ganz abgesehen, die Monographie unter allen Umständen eine wertvolle Vorarbeit für die späteren darstellt; ja, der Fehler der Theorie wird hier zum Vorzug, da Verf. vom Standpunkt seiner Aequivalenttheorie aus alle nur denkbaren pathologischen Handlungen der Hysterischen berücksichtigt. Dies gilt auch von dem letzten — besonders gelungenen — Abschnitt des Buches „Das Geschlechtsleben der Hysterischen in forensischer Beziehung", der die Hysterische nicht nur als Geschlechtsperson, sondern ihre Persönlichkeit überhaupt nach allen in Betracht kommenden Beziehungen des Strafrechts und des bürgerlichen Rechts aufs eingehendste würdigt und der ärztlichen Gutachtertätigkeit auf diesem Gebiet bedeutsame Winke gibt.

Alles in allem kann somit das besprochene Werk als eine wirkliche Bereicherung der neurologischen Literatur bezeichnet werden. T.

Sport von **Carl Diem** (Aus Natur und Geisteswelt, Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen, 551. Bändchen). Mit 1 Titelbild und 4 Spielplänen im Text. Verlag und Druck von B. G. Teubner in Leipzig und Berlin. 1920. 139 S. Geb. 2,65 Mk.

Vorliegende Schrift aus der Feder des Generalsekretärs des deutschen Reichsausschusses für Leibesübungen bietet in gedrängter Form einen Ueberblick über sämtliche sportlich betriebenen Leibesübungen, nebst einer ausführlichen Würdigung der Bedeutung und Stellung des Sports für Kultur und Lebensführung. Jeder Sportzweig ist nach seiner Eigenart beschrieben, mit besonderer Berücksichtigung des Trainings, der Hygiene, der Höchstleistungen; die wichtigsten deutschen und Welt-Rekords sind überall verzeichnet. Nach Aufhebung der allgemeinen Wehrpflicht hat der Sport für unsere Jugend eine erhöhte Bedeutung gewonnen als Mittel zur Erhöhung der Gesundheit und körperlichen Leistungsfähigkeit und der Stählung des Willens. Die vorliegende Schrift betont diese Bedeutung des Sports ganz besonders und verdient deswegen die Beachtung weitester Kreise. L.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Wirkl. Geheimrat Prof. Dr. Ed. Dietrich wurde anläßlich seines 60. Geburtstages von dem deutschen Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen, dessen erster Vorsitzender er ist, zum Ehrenmitglied ernannt.

Frankfurt a. M. Professor Dr. Ludwig Seitz in Erlangen wurde zum ordentlichen Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der hiesigen Universität ernannt, Privatdozent Dr. Richard Wagner zum Abteilungsvorsteher am anatomischen Institut.

Rostock. Der Privatdozent Prof. Dr. med. et phil. Hans Moral wurde zum außerordentlichen Professor der Zahnheilkunde an der medizinischen Fakultät ernannt.

Leipzig. Die 10. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte hat die Erb-Denkmünze an Prof. Nonne (Hamburg) und Prof. O. Förster (Breslau) verliehen, dem ersteren für seine Arbeiten auf dem Gebiete der Syphilis des Nervensystems und der Kriegsneurosen, dem letzteren in Anerkennung seiner Arbeiten zur Diagnostik und chirurgischen Therapie der organischen Nervenkrankheiten. Den Möbiuspreis erhielten Oskar und Cecile Vogt (Berlin) für ihre hirnanatomischen Arbeiten.

Verschiedenes.

Berlin. Der Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung beabsichtigt im Interesse und zur Erleichterung der öffentlichen Belehrung die Herausgabe eines Kataloges über das gesamte in Deutschland vorhandene, für die hygienische Volksbelehrung in Betracht kommende Demonstrationsmaterial. Durch den Katalog soll die Möglichkeit geschaffen werden, daß derjenige, der hygienische Volksbelehrung treiben will, über das gesamte für ihn in Betracht kommende Demonstrationsmaterial orientiert wird und die Stellen kennen lernt, an die er sich zwecks leihweiser Ueberlassung wenden kann. Behörden, Institute, Gesellschaften, Privatpersonen sowie auch Geschäftsfirmen, die im Besitz von Diapositiven, Abbildungen, Wandtafeln, Filmen, Moulagen, Modellen, Merkblättern, Vortragsskizzen oder sonstigem Material aus dem Gebiete der Hygiene und von Demonstrationsapparaten sind und geneigt wären, die Gegenstände in vorkommenden Fällen leihweise (sei es unentgeltlich oder gegen Gebühr, sei es allgemein oder nur für einen bestimmten Bezirk) zur Verfügung zu stellen oder auch zu verkaufen, werden gebeten, dies dem Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2/4, Kaiserin Friedrich-Haus, unter Angabe näherer Einzelheiten und wenn möglich unter gleichzeitiger Uebersendung eines Verzeichnisses mitzuteilen. Das Verfügungsrecht über die angegebenen Gegenstände verbleibt selbstverständlich ausschließlich dem Besitzer; im Katalog wird lediglich auf seine Adresse hingewiesen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes


WERMOLIN
D. R. G. M.
SPECIFIKUM
D. R. P. ANG.
GEGEN MADEN- U. SPULWÜRMER
IN STÄNDIGEM GEBRAUCH DER UNIV.-KINDER-KLINIK ROSTOCK DIR. PROF. DR. H. BRÜNNING
EMULSIO-CHENOP. ANTH. CPS.
PROBEN UND LITERATUR KOSTENLOS
WERMOLIN
Creme gegen Maden- u. Würmer
Stuhlzäpfchen
DEUTSCHE WERMOLIN WERKE
BERLIN
SW 11 / Königgrätzer Str. 66 / Amt Lützow 3642


BABY-CREME
„Kosmata"
FEINSTES SPEZIALERZEUGNIS FÜR DIE KINDERHAUT.
REIZLOS-MILDE
ERSTKLASSIGE AUFMACHUNG!
BINDER & KETELS
HAMBURG-BERLIN
ZENTRALVERKAUFSKONTOR:
HAMBURG 23.

89. Jahrgang **Berlin, 30. Oktober 1920** **No. 44**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

(Aus der experimentell-biologischen Abteilung des Pathologischen Instituts der Universität Berlin. Vorsteher: Prof. Dr. A. Bickel.)

Die Verweildauer der verschiedenen Mineralwässer im Magen.

Von Dr. **Max Hirsch** (Charlottenburg).

Die Einwirkung einer Trinkkur auf die Belastung des Magens wird gewöhnlich in ihrer Bedeutung nicht genügend gewürdigt. Im allgemeinen nimmt man auch heutzutage noch bei Brunnenkuren nur dann auf den Magen Rücksicht, wenn dieses Organ erkrankt ist; dann sorgt man auch dafür, daß die verordnete Brunnenmenge den Magen nicht überlastet. Und doch sollte man bei jeder Trinkkur, welcher Indikation sie immer diene, auch bei gesundem Magen ihre Einwirkung auf dieses Organ berücksichtigen und beachten, welche Belastung man ihm auferlegt. Wir dürfen nicht vergessen, daß mit der Darreichung einer gewissen Menge von Mineralwasser schon eine wesentliche Aenderung der Flüssigkeitszufuhr in den Organismus stattfindet, und diese fällt dadurch besonders ins Gewicht, daß die Brunnen im allgemeinen zu einer Zeit getrunken werden, in der dem Magen solche Flüssigkeitsmengen gewöhnlich nicht gereicht werden. Früher ließ man ja größere, erheblich größere Flüssigkeitsmengen aufnehmen; Cadet de Vaux und Prießnitz haben für ihre inneren Kuren Wassermengen anwenden lassen, „vor denen uns schaudert" (Müller).

Heute ist man auf ein mäßigeres Quantum zurückgegangen, wenn auch die Schule der Brunnenverschwender noch immer nicht ganz ausgestorben ist. Im allgemeinen hat man erkannt, daß bei Brunnenkuren eine Regelung der Nahrungsaufnahme und ihrer Zeit zu beachten ist, um dem Magen nicht durch eine zu kurze Pause zwischen der Brunnenkur und der Nahrungsaufnahme zu viel zuzumuten. Es ist daher für den Brunnenarzt wichtig, für jeden einzelnen Brunnen zu erforschen, wie lange es dauert, bis der verordnete Brunnen den Magen wieder verläßt. Diese Frage läßt sich nicht so ganz leicht lösen, da nicht nur der Charakter des einzelnen Brunnens, sondern auch die individuellen Verhältnisse der Patienten in ihrem gesunden und besonders in ihrem kranken Zustande eine wesentliche Rolle dabei spielen.

Von grundlegender Bedeutung ist das Studium der Verweildauer gleicher Quantitäten der einzelnen Brunnen unter gleichen Bedingungen bei demselben Individuum. Für die Klärung dieser Frage eignet sich unbestritten am besten die Versuchsanordnung, die von Bickel in die Balneologie eingeführt wurde, nämlich die Versuchsreihe an einem Hunde mit permanenter seitlicher Duodenalfistel nach Pawlow. Wenn das Versuchstier gut und richtig operiert wurde, dann ist die Technik der Versuche sehr einfach; es ist aber unbedingt erforderlich, sich in den Versuchen streng an die Bickelschen Vorschriften zu halten und sorgfältig alles zu vermeiden, was einen besonderen Einfluß auf die Magentätigkeit ausüben und das Vergleichsbild stören könnte.

Für meine Versuche wählte ich einen kräftigen Hund, Rüde, von 12 kg Gewicht, dem von Herrn Prof. Bickel eine permanente seitliche Duodenalfistel dicht hinter dem Ausgange des Pylorus mit Hilfe einer Metallkanüle angelegt wurde. An diese wurde ein Gummischlauch befestigt, der durch ein kurzes Glasröhrchen unterbrochen wurde und mit einem Quetschhahn verschließbar war. Die Versuche nahm ich nach Verheilung der Operationswunde jeden dritten Tag in einem Gestell vor, und zwar am Morgen, nachdem der Hund auch den Tag zuvor keine Nahrung erhalten hatte. Der Magen wurde zunächst mit lauwarmem Leitungswasser gründlich ausgespült und dann mit der Magensonde 200 ccm der Versuchsflüssigkeit eingeführt. Diese war mit Methylenblau nur soweit gefärbt, daß eine Aenderung der Reaktion durch den Zusatz nicht erfolgte. Die Verweildauer der Flüssigkeit im Magen wurde so festgestellt, daß ich zunächst beobachtete, wann die erste Flüssigkeit in das Glasröhrchen hineinschoß; sodann wurde alle 2 Minuten eine winzige Probe der aus dem Magen hinausfließenden Flüssigkeit durch kurzes Oeffnen des Quetschhahnes entnommen und festgestellt, wann der Magen keine blaue Flüssigkeit mehr hinaustreten ließ, also leer war. Um Temperatureinflüsse, die nach Kionka, Bickel und Roeder für die Motilität des Magens von größter Bedeutung sind, auszuschalten, habe ich bei allen Versuchen Flüssigkeiten von 18 Grad C. verwendet. Die einzelnen Versuche stellte ich mit derselben Flüssigkeit je dreimal an und nahm das Mittel aus den gefundenen Zahlen. Zur Untersuchung kamen Leitungswasser sowie Vertreter verschiedener Gruppen von Heilquellen. Nachstehende Tabelle gibt einen Ueberblick, in welcher Zeit 200 ccm von Brunnen, die unter gleichen Bedingungen in den Magen eingeführt waren, in das Duodenum heraustraten und wann die Entleerung des Magens beendet war.

Ueberblicken wir die Tabelle, so zeigt sich eine bestimmte Gesetzmäßigkeit in der Motilität des Magens nach den einzelnen Bädergruppen. Die erste Portion des Mageninhalts erscheint im Glasrohr der Kanüle bei den alkalischen Säuerlingen, dem erdigen Säuerling, der kohlensäurehaltigen Kochsalzquelle und den Bitterwässern recht schnell, beim Leitungswasser und dem Kochsalzbrunnen (Wiesbaden) erst nach längerer Zeit. Die Kochsalzwässer verlassen den

Tabelle

	Erstes Erscheinen	Verweildauer	Durchschnitt Erstes Erscheinen	Durchschnitt Verweildauer
Fachinger (alkalischer Säuerling)	nach 2 Min.	27 Min.	nach 2 Min.	30 Min.
	„ 2 „	31 „		
	„ 3 „	32 „		
Neuenahr, Großer Sprudel (alkalischer Säuerling)	nach 2 Min.	36 Min.	nach 1 Min.	40 Min.
	„ 1 „	40 „		
	„ 1 „	42 „		
Mergentheim, Karlsquelle (Bitterquelle)	nach 1 Min.	47 Min.	nach 1 Min.	48 Min.
	„ 1 „	48 „		
	„ 1 „	48 „		
Hersfeld, Lullusbrunnen (Bitterquelle)	nach 1 Min.	48 Min.	nach 1 Min.	50 Min.
	„ 2 „	51 „		
	„ 1 „	52 „		
Leitungswasser	nach 4 Min.	52 Min.	nach 4 Min.	51 Min.
	„ 4 „	53 „		
	„ 5 „	49 „		
Wildungen, Helenenquelle (erdiger Säuerling)	nach 1 Min.	53 Min.	nach 1 Min.	52 Min.
	„ 2 „	50 „		
	„ 1 „	52 „		
Wiesbaden, Kochbrunnen (Kochsalzquelle)	nach 4 Min.	83 Min.	nach 3 Min.	82 Min.
	„ 2 „	82 „		
	„ 2 „	80 „		
Salzschlirf, Bonifaciusbrunnen* (CO_2haltige Kochsalzquelle)	nach 1 Min.	80 Min.	nach 1 Min.	86 Min.
	„ 1 „	88 „		
	„ 2 „	89 „		

Magen nur sehr langsam, die alkalischen Säuerlinge verschwinden dagegen sehr schnell aus dem Magen, während das Leitungswasser, der erdige Säuerling und auch die Bitterwässer sich in der Mitte halten.

Das alles deckt sich mit der empirischen Erfahrung und den hieraus gezogenen Folgerungen. Beim Leitungswasser vergeht bis zur Entleerung der ersten Portion aus dem Magen mehr Zeit als bei den Mineralbrunnen, und die vollständige Entleerung des Magens hält sich in ihrer Dauer ungefähr in der Mitte. Es übt demnach das Leitungswasser keinen besonderen Reiz auf die Motilität im Sinne einer Beschleunigung aus, weder hinsichtlich des Anreizes zur Entleerung des Magens noch hinsichtlich der Beschleunigung der Magenentleerung. Das entspricht auch der bekannten Tatsache, daß gewöhnliches Trinkwasser zwar den Magen nicht reizt, daß aber die Ansprüche, welche die Entleerung gewöhnlichen Trinkwassers an den Magen stellt, durchaus nicht gering sind. Gewöhnliches Trinkwasser ist keineswegs das leichtest verdauliche Getränk; diese Rolle fällt vielmehr den alkalischen Säuerlingen zu.

Die alkalischen Säuerlinge verdanken das schnelle Verlassen des Magens ihrem Gehalt an Kohlensäure. Die Kohlensäure übt auf den Magen eine anregende Wirkung aus, so daß ihr Vorhandensein im Brunnen ein schnelleres Ausstoßen der ersten Portion aus dem Magen und eine kürzere Verweildauer im Magen veranlaßt. Zwar behauptet Moritz, daß stark kohlensäurehaltige Wässer ebenso wie ein starker Zusatz von Alkalien und Säuren eine Verzögerung der Entleerung des Magens veranlaßt, die er auf Reizung gewisser Hemmungsvorrichtungen zurückführt; aber im Gegensatz dazu wird von allen Balneologen übereinstimmend angegeben, daß die Kohlensäure die Magentätigkeit anregt und deshalb die Verweildauer der Flüssigkeiten im Magen herabsetzt. Die Alkalien wirken in den Mineralwässern nach Jaworski in gleichem Sinne wie die Kohlensäure, und zwar kommt das daher, daß ihre Anwesenheit im Magen zur Entstehung von Kohlensäure führt und die Kohlensäure dann die eben geschilderte Wirkung entfaltet. Kohlensäurehaltige und alkalische Wässer sind wegen ihres schnellen Verschwindens aus dem Magen auch leichtbekömmliche Getränke und als Tafelwässer beliebt, wie wir am Fachinger Wasser und am Großen Sprudel von Neuenahr sehen.

Im Gegensatz zu den alkalischen Wässern zeigen die Kochsalzwässer ein verschiedenes Verhalten der ersten Portion aus dem Magen, aber eine ganz erhebliche Verlängerung der Verweildauer. Das schnellere Verlassen der ersten Portion beim Salzschlirfer Bonifaciusbrunnen gegenüber dem Wiesbadener Kochbrunnen erklärt sich ohne weiteres daraus, daß der erstere kohlensäurehaltig ist, der letztere dagegen nicht; es spielt demnach die Kohlensäure hier dieselbe Rolle, wie wir bei den Säuerlingen gesehen haben. Was die längere Verweildauer angeht, so kommen folgende Erwägungen in Betracht. Von den Kochsalzwässern ist der Salzschlirfer Bonifaciusbrunnen hypertonisch, der Wiesbadener Kochbrunnen, der einer physiologischen Kochsalzlösung sehr ähnlich ist, fast isotonisch. Ihre Verweildauer im Magen ist fast gleich und erstreckt sich über eine sehr lange Zeit. Nach den Untersuchungen von Pfeiffer und Sommer in der Kraus'schen Klinik in Graz und von Strauss ist die Verweildauer eines Wassers im Magen um so länger, je stärker der Grad der Hypertonie ist. Die Annahme lag nahe, daß hypertonische Brunnen im Magen sich der Isotonie zu nähern suchen, und daraus das längere Verweilen im Magen zu erklären ist. Diese Annahme wird jedoch von Rzentkowski und Roeder widerlegt: isotonische Lösungen verlassen den Magen durchaus nicht am schnellsten. Zwischen Verweildauer im Magen und Gefrierpunktserniedrigung ließ sich bei meinen Untersuchungen keine Gesetzmäßigkeit feststellen. Das längere Verweilen der Kochsalzwässer im Magen erklärt sich so, daß sie im Magen eine schleimlösende Wirkung entfalten. Infolgedessen werden sie einmal durch die Tätigkeit, die sie ausüben, zurückgehalten, dann aber, was wichtiger ist, kommt Schleimgerinnsel zu der den Magen anfüllenden Flüssigkeit hinzu, so daß der Mageninhalt sich zum Teil einer breiigen Form nähert. Das erklärt die Erschwerung und Verzögerung der Entleerung des Mageninhalts. Wir wissen aus den zahlreichen Untersuchungen von Pentzoldt und seinen Schülern, daß flüssige Substanzen den Magen schneller verlassen als breiige und diese wieder schneller als feste. Roeder hat für den Kissinger Rakoczy ähnliche Verhältnisse festgestellt, wie ich sie beim Salzschlirfer Bonifaciusbrunnen gesehen habe. Dagegen gibt Roeder an, daß der Salzschlirfer Bonifaciusbrunnen die Motilität beschleunige. Diesen Widerspruch mit meinem Befund kann ich mir nicht erklären. Ebensowenig die Angabe von Schütze, daß Kochsalzquellen auf die Motilität anregend einwirken.

Bei den erdigen Säuerlingen hemmen die Erden die Motilität, während die Kohlensäure sie anregt. So erklärt sich die Mittelstellung, welche die Wildunger Helenenquelle bei meinen Versuchen einnimmt.

Aus meinen Untersuchungen ergibt sich, was man wohl anzunehmen geneigt wäre, daß diejenigen Mineralwässer, welche die Motilität des Darmes erhöhen, die Bitterwässer, auf die Magenmotilität nicht beschleunigend einwirken; man sollte daher nicht von Anregung der Magendarmperistaltik sprechen, sondern vielmehr den Unterschied zwischen der Peristaltik des Magens und des Darmes schärfer trennen. Diese beiden Teile des Verdauungstraktus zeigen unter Umständen ein grundverschiedenes Verhalten. Die Bitterwässer Hersfelder Lullusbrunnen und Mergentheimer Karlsquelle, zwei ausgesprochene Abführwässer, wirken auf den Magen hinsichtlich der Verweildauer noch milder wie Leitungswasser, also recht günstig. Nur zeigen sie in dem Ausstoßen der ersten Portion eine Beschleunigung im Sinne einer Anregung des Magens. Die Wirkung des Mergentheimer Brunnens ist in dem Institut von Prof. Bickel durch Odaira ähnlich wie von mir gefunden worden.

M. H., ich habe an einigen Stichproben die Wichtigkeit der Verweildauer verschiedener Mineralwässer im Magen zu zeigen versucht. Eine Untersuchung aller Brunnen müßte Gegenstand weiterer Forschung durch die Kollegen sein, die infolge ihrer praktischen Tätigkeit als Kurärzte ein besonderes Interesse daran haben, die Wirkung und den Charakter der einzelnen Heilquellen näher zu studieren. Mag man über experimentell-biologische Untersuchungen denken wie man will, so steht doch fest, daß sie die Grundlage biologischer Forschung sind, auf der sich das klinische Studium aufbaut. Der Kurarzt muß die wissenschaftlichen Grundlagen der Einwirkung des Brunnens auf den Organismus in allen seinen Teilen kennen. Diese Spezialkenntnisse darf man von ihm verlangen. Die Verweildauer des Brunnens, mit dem der Kurarzt arbeitet, im Magen soll von ihm so genau gekannt sein wie die Wirkungen und Nebenwirkungen der Arzneimittel. In diesem Falle wird er z. B. die Verordnung, die ein immerhin recht angesehener Magenspezialist seinem Patienten in das Bad mitgab, täglich je 400 g eines Brunnens ½ Stunde vor der Mahlzeit zu nehmen, von dem der Hund 200 ccm erst in 86 Minuten aus dem Magen entleert, nach seiner besseren Kenntnis der Dinge mit gutem Gewissen umändern.

Beitrag zur Salbenbehandlung von Pyodermien.

Von Dr. **Otto Kronheim** (Brandenburg a. d. Havel).

Für den stark beschäftigten praktischen Arzt ist es nicht leicht, aus der ungeheuren Zahl von Salben, welche die chemische Industrie auf den Markt bringt, die für seine Zwecke brauchbarsten herauszufinden. Deshalb dürfte es sich rechtfertigen, wenn ich nachstehend über ein Präparat

* In einem Versuch war die Verweildauer des Bonifaciusbrunnens 147 Minuten. Dieser Versuch hatte sicherlich einen Fehler, zumal die Flüssigkeit mit Blut etwas untermischt war, wahrscheinlich durch Zerrung an der Operationswunde.

berichte, das von mir seit längerer Zeit bei verschiedenen Krankheitsformen Anwendung findet.

Es ist dies die Dumex-Salbe, hergestellt durch die Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate, „Laboratorium Miros", Dr. K. & H. Seyler, Berlin NO. 18.

Die Dumex-Salbe enthält 3 Stoffe von anerkannt therapeutischer Wirksamkeit (Extr. Hamamelid., Camphor. japon. und Acid. carbol. crist. pur.), die an ein Salben-Konstituens gebunden sind, welches allen Anforderungen in bezug auf leichte Resorbierbarkeit, Reizlosigkeit etc. aufs beste Genüge leistet.

Aus der bekannten Wirkung der vorgenannten 3 Stoffe ergibt sich, daß das Anwendungsgebiet der Dumex-Salbe ein außerordentlich großes ist.

Zunächst eignet sich die Salbe vorzüglich zur Wundbehandlung. Die Patienten loben die angenehm kühlende Wirkung bei Brandwunden und Decubitus. Aber auch bei allen anderen Wunden verwandte ich die Dumex-Salbe mit gutem Erfolg: überall, wo eine anregende Wirkung gewünscht wird, sei es um Granulationen, sei es um schnelle Epithelisierung zu erzielen, macht sich der in der Dumex-Salbe vorhandene Bestandteil an Camphor. japon. vorteilhaft bemerkbar.

Spezielle Versuche mit Dumex-Salbe stellte ich bei mehreren Fällen von vereinzelt auftretenden Furunkeln an; hier möchte ich zwei Fälle hervorheben:

Fall 1: Kleiner Furunkel in der Nase mit erheblicher Infiltration des Nasenflügels.

Fall 2: Größerer Furunkel an einer Schamlippe, ebenfalls mit starker Infiltration der Umgebung.

In beiden Fällen ließ die große Schmerzhaftigkeit schell nach; die kühlende Wirkung der Dumex-Salbe wurde besonders gelobt. Im Fall 1 trat nach nur einmaliger Anwendung der Salbe erhebliche Besserung ein; im Fall 2 kam es bereits nach 12stündiger Applikation zur Zusammenziehung der infiltrierten Partie; nach Eröffnung des Furunkels durch Einstich mittels feinen Trokars entleerte sich nur ein kleiner Eitertropfen; unter weiterer Anwendung der Dumex-Salbe ging in den nächsten 2 Tagen die Infiltration völlig zurück.

Ferner wandte ich die Dumex-Salbe bei zahlreichen Fällen von Unterschenkelgeschwüren, dieser „Crux medicorum", an: Geschwüre von Markstückgröße bedeckten sich rasch mit guten Granulationen und überhäuteten sich in 8—14 Tagen; andere, mit tieferen Substanzverlusten, brauchten 3—4 Wochen zur Heilung.

Größere Unterschenkelgeschwüre mit weit in die Umgebung reichenden entzündlichen Prozessen und stärkerem Gewebszerfall bedurften zunächst einer Vorbehandlung mit den von mir seit Jahren benutzten Varicosanbinden: sobald sich aber die Geschwüre bis auf Markstückgröße verkleinert hatten, benutzte ich zur Weiterbehandlung nur noch die Dumex-Salbe, weil diese sich im Gebrauch bedeutend billiger stellt als die Varicosanbinde — und gerade in der Kassenpraxis ist ja das Moment der „billigen Verordnungsweise" von größter Bedeutung. Um gute Erfolge bei der Behandlung von Unterschenkelgeschwüren zu erzielen, ist es nötig, daß man nicht nur das Geschwür selbst, sondern auch die Umgebung desselben mit der Dumex-Salbe deckt; es empfiehlt sich ferner, zwecks Verhinderung einer zu schnellen Verdunstung den eigentlichen Salbenverband mit Billroth-Battist oder dergl. zu bedecken und dann erst die Befestigungsbinde anzulegen.

Die Salbe läßt sich mit dem Spatel sehr leicht auftragen und ist sauber in der Anwendung, was ein für Arzt und Patienten gleich angenehmer Vorteil ist.

Zusammenfassend glaube ich behaupten zu dürfen, daß die Dumex-Salbe eine wertvolle Bereicherung für den Arzneischatz des Praktikers bedeutet.

II. Referate.

Physiologie.

Prof. Dr. **Gustav Gaertner** (Wien): **Die Vitamine.** (Therapeutische Halbmonatshefte, 1920, Heft 12.)

Die Arbeit gibt einen Ueberblick über unsere Kenntnisse bezüglich der Vitamine oder Ergänzungsstoffe (Accessory Food Factors) auf Grund der Untersuchungen, die im Laufe der letzten Jahre besonders von englischen Forschern angestellt wurden. Ihren Ausgangspunkt hat diese Forschungsrichtung von den Untersuchungen genommen, welche die Aetiologie der Beriberi-Krankheit aufgeklärt haben. Neuere Untersuchungen haben mit Sicherheit 3 Vitamine aufgedeckt, deren Fehlen oder unzureichendes Vorhandensein in der Nahrung zu Erkrankungen führen kann. In der normalen Friedensnahrung des erwachsenen Europäers waren diese Vitamine in genügender Menge enthalten, so daß derartige Erkrankungen (Avitaminosen) in der Regel nicht vorkamen. Mehr war dies schon bei Säuglingen und kleinen Kindern der Fall, deren Nahrung einförmig ist und deswegen eher einen Mangel an gewissen Vitaminen aufweisen kann. Die wichtigste Avitaminose ist die Rachitis. Diese tritt ein, wenn ein Vitamin, welches als der „fettlösliche A-Faktor" bezeichnet wird, in der Nahrung fehlt. Dieser Stoff ist u. a. in der Kuhmilch und der aus ihr bereiteten Butter, im Lebertran, Malzextrakt und frischen Gemüsen enthalten. Seine Bildungsstätte ist das grüne Pflanzenblatt. Nur Milch und Butter, die von grüngefütterten Tieren stammen, enthalten diesen Antirachitiskörper in genügender Menge. Er ist relativ hitzebeständig. — Das zweite Vitamin wird von den englischen Aerzten als „wasserlöslicher B-Faktor" bezeichnet. Er ist eben der Stoff, der in dem Embryo des Reiskorns angehäuft ist, dessen Beseitigung beim Polieren der Reiskörner diese zur Nahrung für Menschen und für manche Tiere (Tauben, Hühner) ungeeignet macht, so daß bei ausschließlicher Ernährung mit solchem polierten Reis Beriberi ausbricht. Beriberi tritt auch auf, wenn die Kost der Hauptmasse nach aus weißem Weizenmehl hergestellt ist. Dieser B-Faktor ist auch in den Hülsenfrüchten reichlich vorhanden, ferner in der Hefe und im Eidotter, auch in der Leber, dagegen nur spärlich im Muskelfleisch. Er verträgt Temperaturen von 100°. — Das dritte bekannte Vitamin ist der Körper, dessen Anwesenheit in der Nahrung den Skorbut verhindert. Er findet sich besonders in frischem Kohl und anderen grünen Pflanzen, ferner in frischem Saft von Zitronen und Orangen, im Saft schwedischer Rüben (Wrucken), in gekeimten Hülsenfrüchten, in Kartoffeln. In der amerikanischen Zitrone findet er sich fast gar nicht, sehr reichlich dagegen in der am Mittelmeer wachsenden. Das Antiskorbutvitamin wird zerstört, wenn es längere Zeit Temperaturen über 60° ausgesetzt ist. Die Zubereitung der Speisen kann daher ihre antiskorbutischen Eigenschaften in hohem Grade beeinflussen. Eine lange Kochdauer ist möglichst zu vermeiden. Auch der Säuglingsskorbut, die Moeller-Barlow'sche Krankheit, wird durch den Mangel dieses Vitamins hervorgerufen. Die Milch, sowohl die des Menschen wie der Kuh, enthält dieses Vitamin, aber nicht im Ueberfluß. Es stammt letzten Endes aus dem Pflanzenreich, aus chlorophyllhaltigen Bestandteilen. Zu lange dauerndes Erhitzen der Milch kann das Vitamin völlig zerstören. Früher gelang es meist, ein an Skorbut erkranktes Kind mit roher Milch rasch zu heilen. Gegenwärtig enthält auch die ungekochte Kuhmilch zu wenig von dem Schutzkörper, daher muß man diesen in Vegetabilien zuführen. Vor allem wird Orangensaft empfohlen, 1—4 Teelöffel täglich, je nach dem Alter des Kindes. Wo dieser nicht zu haben ist, bildet der Saft von Wrucken, Kohlrüben, Krautrüben oder der Preßsaft von gedämpftem Kohl oder Tomatensaft einen guten Ersatz. Auch Traubensaft ist wirksam, aber weniger kräftig. Er muß daher in größerer Dosis gereicht werden. —n.

Hygiene.

Prof. **Arnold: Untersuchungsergebnis von 13 Kresolseifenlösungen.** (Monatsschr. f. Desinfektion, Bd. 5, Heft 2.)

Verf. veröffentlichte das Untersuchungsergebnis von 13 verschiedenen im Handel befindlichen Kresolseifenlösungen, die er auf die vorgeschriebene Zusammensetzung von 48% Kresol, 36% Seife und 16% Wasser geprüft hatte. Nur ein einziges Präparat entsprach diesen Vorschriften und enthielt 50% Kresol. Die Ursache für die Minderwertigkeit dieser Produkte sieht Verf. in der Verwendung von Rohstoffen verschiedener Herkunft und ungleichartiger Beschaffenheit im Kleinbetrieb sowie in der Schwierigkeit der Prüfung der Kresolseifenlösungen. Dazu kommt, daß während des Krieges auch in der chemischen Industrie die Ansprüche an die Güte der Waren sehr herabgesetzt waren. Bei dem Mangel an Fetten und Oelen wurde zur Herstellung von Kresolseifenlösungen nach Verfahren gesucht, die Kresole auch ohne Vermittlung von Seife mehr oder weniger löslich zu machen. Solche seifenfreie Kresollösungen wiesen häufig einen bedenklichen Gehalt an Alkali auf. — Wie groß die Warenunkenntnis oder Leichtfertigkeit der Händler auf diesem Gebiete ist, geht daraus hervor, daß der Firma Schülke & Mayr in Hamburg ein als Liquor cresoli saponatus bezeichnetes Produkt angeboten wurde, in welchem Seife nicht einmal in Spuren nachzuweisen war. Untersuchungen im Laboratorium der Firma Schülke & Mayr ergaben, daß unter 10 von solchen Kriegsprodukten 6 überhaupt keine Seife enthielten, die übrigen einen Seifengehalt von 22—27%, zum Teil betrug der Alkaligehalt mehr als 5%, während Kriegslysol, das als seifenfrei bezeichnet wurde, noch 10% Seife enthielt und nur 3% Alkali. Das wieder im Handel befindliche seifenhaltige Lysolum purum ist neutral und enthält 50% Kresol.

Die Arnold'schen Untersuchungen im Zusammenhang mit der vorstehend dargelegten Sachlage betr. des Handels mit Kresolpräparaten mahnen zu größter Vorsicht bei Beurteilung derselben.

Innere Medizin.

Dr. **Otto Klein** (Prag): **Beitrag zur Klinik und Pathogenese der Marschhämoglobinurie.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 41.)

Verf. beschreibt Anfälle von Marschhämoglobinurie bei einem 30 jährigen Soldaten. Zwei Jahre vor dem Auftreten dieser Anfälle war eine Nierenentzündung vorangegangen; ferner hatte Pat. jahrelang vorher wahrscheinlich eine orthostatische Albuminurie mit schmerzhaften Sensationen in der Nierengegend. Für das Vorhandensein von Lues gab es keine Anhaltspunkte. Da die Literatur Fälle angibt, die einen Uebergang zwischen Kältehämoglobinurie und Marschhämoglobinurie bilden, sowie Fälle, die einen Uebergang von der Marschhämoglobinurie zur orthostatischen Albuminurie darstellen, nimmt Verf. an, daß vielleicht eine Verwandtschaft zwischen diesen drei Erscheinungen besteht. Diese Verwandtschaft könnte sich auch in dem Vorhandensein eines gemeinsamen pathogenetischen Faktors äußern, nämlich in Zirkulationsstörungen in den Nieren, die sowohl durch aufrechten Gang bei Lordose der Wirbelsäule als auch durch Unterkühlung der Haut hervorgerufen werden können. Welches von den Krankheitsbildern im Einzelfall in die Erscheinung tritt, hängt von besonderen ätiologischen Faktoren, Konstitutionsanomalien etc. ab. Hh.

Dr. **Hans Reder** (Hamburg): **Eineinhalb Jahre klinische Beobachtungen über die Behandlung der Lungentuberkulose mit Partialantigenen nach Deycke und Much.** (Beitr. z. Klinik der Tuberkulose. Bd. 42, Heft 3.)

Die Untersuchungen des Verf. fielen gerade in die Zeit des Krieges, in der die Ernährung der Kranken die ungünstigsten Verhältnisse bot. Er ist zu der Ueberzeugung gekommen, daß die Partialantigene nach Deycke und Much hochwirksame Tuberkuline sind, welche sich für die Behandlung der Lungentuberkulose in hervorragendem Maße eignen. Lungentuberkulose ersten Stadiums bessern sich oft in überraschend kurzer Zeit und zeigen fast die Erscheinungen der Heilung. Bei Erkrankungen des zweiten Stadiums stellen sich häufig wesentliche Heilungsprozesse ein unter Schrumpfung der befallenen Lappen. Bei einem Teil dieser zur Heilung neigenden Fälle kommen Rezidive vor, welche durch eine Wiederholung der Behandlung günstig beeinflußt werden konnten. Die Erkrankungen des letzten Stadiums mit doppelseitig indurativen oder kavernösen Prozessen eignen sich zur Behandlung nach Deycke und Much nicht; ebensowenig die sekundäre Laryngitis und Enteritis. Ambulante Behandlung von Kranken mit aktiven Prozessen ist durchaus verboten. Auch marantische Fälle zeigen gegen Ende der Kur schwere Erscheinungen. rs.

Dr. **Arthur Ladwig** (Breslau): **Erfahrungen mit Deycke-Much'schen Partialantigenen in der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. 119, Heft 3.)

Deycke und Much ist es gelungen, durch Behandlung der Tuberkelbazillen mit Milchsäure aus diesen einen giftig wirkenden Stoff zu extrahieren und den Rückstand weiter in eine Eiweißkomponente A, ein Fettsäure-Lipoidgemisch F und ein Neutralfett N zu zerlegen. Gegen diese Partialantigene des Tuberkelbazillus bildet der Organismus Antikörper, die Partialantikörper. Zur erfolgreichen Bekämpfung der Infektion ist das Vorhandensein aller dieser Partialantikörper notwendig. Wie es damit im erkrankten Organismus aussieht, zeigt uns die Intrakutananalyse, die nach intrakutaner Einverleibung der drei Partigene in verschiedenen Verdünnungen erstens anzeigt, welche Partialantikörper überhaupt vorhanden sind, und zweitens, in welcher Stärke sie vorhanden sind. In der Therapie haben wir zu versuchen, die Bildung fehlender Antikörper oder die Vermehrung bereits vorhandener durch Zuführen der betreffenden Antigene anzuregen. In der Behandlung der chirurgischen Tuberkulose ist die spezifische Kur nach Deycke-Much ein wertvolles Unterstützungsmittel der chirurgischen Therapie. Bei günstigem Verlauf der Erkrankung entwickelt sich positiv dynamische Immunität, während negativ dynamische Immunität sich da zeigt, wo die Behandlung wertlos bleibt. An der Veränderung des Immunitätsbildes beteiligen sich die Fettantikörper in auffallender Weise und nehmen im Kampf gegen die Tuberkulose eine führende Rolle ein. rs.

Prof. Dr. **Friedrich Schultze** (Bonn): **Ueber rheumatische Lumbago.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 39.)

Verf. hat eine Reihe von schweren Lumbagofällen beobachtet und ist zu der Ueberzeugung gelangt, daß, wenn man die Muskulatur nebst ihren bindegewebigen Hüllen als den Krankheitssitz beschuldigt, nur der Ileopsoas in Frage kommen kann; die gewöhnlich angeschuldigten zugehörigen Faszien, Insertionen und Bindegewebsapparate sind unzweifelhaft frei. Verf. kann sich den an sich recht geistreichen Begründungsversuchen von A d. S c h m i d t nicht anschließen, daß eine primäre Veränderung der sensiblen Muskelnerven das Hauptmoment ist. Bei der Entwicklung der Lehre von den Neuralgien hat sich im allgemeinen herausgestellt, daß sich die Zahl der reinen, nicht neuritischen und nicht durch nachweisbare, von außen einwirkende Schädlichkeiten entstandenen Neuralgien immer mehr verringert hat. Bei der Lumbago handelt es sich im wesentlichen um Schmerzen bei Bewegungen, nicht um solche in der Ruhe, während bei Neuralgien das Umgekehrte der Fall ist. Ueber die Beziehungen zwischen Lumbago und Ischias sind noch keine einheitlichen Ergebnisse zu verzeichnen. Ueber die Ursachen und Vorbedingungen für die Entstehung der Lumbago läßt sich zurzeit wenig Bestimmtes sagen, insbesondere nicht über die Rolle der gichtischen Anlage für die Entstehung der Lumbago und ähnlicher Muskelrheumatismen. Der Einfluß von Erkältungen, besonders von Abkühlungen bei schwitzendem Körper, scheint sicher eine der Vorbedingungen zu sein. Therapeutisch brachten heiße Bäder keinen Nutzen, eher Schaden; ebensowenig Nutzen brachten trockene Schröpfköpfe. Dagegen erreichte man eine Besserung mit der Heißluftdusche (Föhn), ferner mit Thermogene-Watte, Diathermie, Aspirin und vor allem mit Novatophan. Hh.

Dr. **H. Menze** (Jena): **Die Esophylaxie der Haut und Infektionskrankheiten.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 39.)

„Die Tatsache, daß sich viele Infektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Pocken, Fleckfieber, Syphilis usw. unter besonderer und wesentlicher Anteilnahme der Haut abspielen, ist gewiß nicht ohne tiefere Bedeutung und weist geradezu darauf hin, daß die Haut bei der Ueberwindung dieser Krankheitsgifte eine wichtige Aufgabe zu erfüllen hat. In der Tat kann die Haut, wie ich schon in meinem früheren Vortrage sagte, für diese Krankheiten wohl mit Recht als das Grab der Parasiten bezeichnet werden. Wieweit dafür eine Art innerer Sekretion der Epidermiszellen, wieweit die Fähigkeit des an Gefäßen und adventitiellen Zellen reichen Papillarkörpers, mit Abwehrentzündungen und schneller Ansammlung von Phagozyten zu reagieren, mehr in Betracht kommt, bleibt für die einzelnen Krankheiten näher festzustellen. Jedenfalls aber legt schon dieses Verhalten der Haut die Annahme einer besonderen biologischen Schutzfunktion nahe." Diese Gedanken von E. H o f f m a n n (Bonn) veranlaßten den Verf., die Beziehungen zwischen der Esophylaxie der Haut und den Infektionskrankheiten einem eingehenden Studium zu unterziehen. Er kommt hinsichtlich der Aetiologie und Therapie einiger Infektionskrankheiten zu folgenden Schlüssen: Rezidivierende Krankheiten mit Beteiligung der Haut können, wenn man eine Entstehung durch Erreger annimmt, nur durch nicht filtrierbare Erreger hervorgerufen werden, wofern das klinische Bild für ein Ergriffenwerden der betreffenden Organe auf dem Blutwege spricht. Solange man solche Erreger nicht dargestellt hat, ist man nicht berechtigt, die Entstehung der betreffenden Krankheiten durch Infektion anzunehmen. Interesse bieten in dieser Hinsicht Psoriasis, Ekzeme und alle rezidivierenden Dermatosen unbekannter Aetiologie. — Wenn eine primäre Lues unter spezifischer Behandlung ohne Ausbildung eines sekundären Exanthems verläuft, dann entwickelt sich die Anlage zu einer Reinfektion. Verläuft eine seropositive, primäre Lues unter spezifischer Behandlung ohne Ausbildung eines sekundären Exanthems, so entsteht die Anlage zu einer tertiären Erkrankung des Zentralnervensystems. Die Tatsache des häufigen Auftretens von Leukodermien beim weiblichen Geschlecht bringt Verf. in Zusammenhang mit dem häufigeren Freibleiben desselben von Tabes und Paralyse. Therapeutisch wäre demnach auf diese Verhältnisse Rücksicht zu nehmen und bei der Möglichkeit abortiver Behandlung einer Infektionskrankheit auch auf die esophylaktische Funktion der Haut zu achten. Es wäre der Versuch zu machen, die Erreger mit den Epidermiszellen in chemische Reaktion zu bringen zwecks Auslösung immunisatorischer Stoffe. Hh.

Kinderheilkunde.

Prof. Dr. **St. Engel** (Dortmund): **Eine einfache Behandlungsweise der multiplen Abszesse (Furunkel) im Säuglingsalter.** Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 26.)

Zur unblutigen Behandlung der multiplen Furunkel resp. Abszesse der Säuglinge empfiehlt Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen die planmäßige Anwendung heißer Bäder. Die Kinder werden für ungefähr 10 Minuten in ein Bad gebracht, welches durch Zugießen von heißem Wasser auf 40—42° erwärmt wird. Die Bäder werden, anfangs täglich, bis zur Heilung fortgesetzt. Die Wirkung besteht darin, daß die kleinen beginnenden Furunkel sich vollständig zurückbilden, die größeren Abszesse erweichen, von selbst aufgehen und abheilen. Gewöhnlich ist schon nach 3—4 Bädern der Prozeß vollständig zum Stillstand gekommen. Es sind dann nur noch einzelne größere Abszesse übrig, welche schließlich auch aufgehen und verschwinden. Die Bäder werden von den Kindern im allgemeinen gut vertragen. Bei Kindern in den ersten 3 Monaten, welche verhältnismäßig empfindlich sind, soll die Temperatur des Bades nicht über 40° gesteigert werden, auch ist die Badedauer etwas abzukürzen.

Die Körperwärme ist unmittelbar nach dem Bad um 2—3° gestiegen, kehrt aber innerhalb einer Stunde bis zur Norm zurück. L.

Privatdozent Dr. **G. Dorner** (Leipzig): **Scharlach bei Neugeborenen und Säuglingen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 27.)

Verfasser berichtet über 3 Fälle, in denen Säuglinge an der Mutterbrust mit der an Scharlach erkrankten Mutter aufgenommen wurden. In einem Fall war das Kind 5 Monate alt, in den beiden anderen Fällen handelte es sich um Neugeborene von 4 bzw. 6 Tagen, bei den Müttern also um einen puerperalen Scharlach. Der eine dieser beiden letzteren Fälle verlief bei der Mutter tötlich. Von den 3 Kindern, die von den Müttern noch während der Erkrankung gestillt wurden, erkrankten 2 überhaupt nicht, das dritte in sehr leichter Form (ohne Exanthem, mit nur einmaliger geringer Temperatursteigerung) an Scharlach. Die Diagnose wurde erst durch die später auftretende Schuppung gesichert. Die drei Fälle sind eine Bestätigung für die Erfahrung, daß Säuglinge in den ersten Monaten entweder immun gegen Scharlach sind, oder, wenn sie ihn bekommen, in so leichter Form erkranken, daß er nur bei genauester Beobachtung entdeckt werden kann. Man kann daher unbedenklich die Säuglinge bei der Mutter belassen, und, wenn es der Zustand der Mutter erlaubt, ihnen die Darreichung der Brust weiter gestatten. L.

Prof. Dr. **A. Balint** (Budapest): **Zum Scharlachfieber.** (Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. 93, Heft 1.)

Wenn auch der Erreger des Scharlachfiebers noch nicht bekannt ist, so scheint doch festzustehen, daß bei dieser Krankheit die Mischinfektion von größter Bedeutung ist, da die verschiedenen Komplikationen des Scharlachs, welche der Krankheit gerade ihren heimtückischen Charakter aufprägen, auf Mischinfektionen zurückzuführen sind. Reine unkomplizierte Scharlachfälle sind durch einen kritischen Abfall der Fieberkurve gekennzeichnet, bei den Mischinfektionen zieht sich die lytisch abfallende Fieberkurve stark in die Länge. Die reinen unkomplizierten Fälle verlaufen auch milde und haben subfebrile Temperaturen. Hh.

Orthopädie.

San.-Rat Dr. **Max Blumenthal** (Berlin): **Die Fußsteuerung beim Kunstbein der Oberschenkelamputierten.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 33.)

Die vom Verf. angegebene Fußsteuerung ist keine aktive, sondern eine zwangsläufige, wie sie durch Kuppelung einer Gelenkbewegung mit einer anderen erzielt wird. Sie bedeutet einen Ausbau der verbundenen Knie- und Fußsteuerng und geht von dem Parallelhebelsystem aus. Zunächst hat Verf. die üblichen vor und hinter der Fußknöchelachse angeordneten kurzen Federn durch 2 lange, auf 2 verbundenen Stangen angeordnete Federn ersetzt, wobei die Doppelstange von der Ferse zur Knieachse reicht. Die langen Federn arbeiten viel elastischer und leichter als die kurzen. Einen weiteren Fortschritt bedeutet die Einführung der gefederten Doppelstange an die Stelle der von der Ferse zum Knieachsenhebel verlaufenden Lenkstange, wodurch das starre Hebelsystem stets in dem Moment einem federnden System weicht, in welchem es auf einen Widerstand stößt. — Die Einrichtung ist nicht teuer und in jedem Kunstbein, auch im Holzbein, leicht anzubringen. Hh.

Dr. **Boeckh** (Heidelberg): **Zur Frage der Oberschenkel-Osteotomie bei vornkonvexer rachitischer Verkrümmung.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 38.)

Verf. weist darauf hin, daß die auf operativem Wege erzielte Veränderung der Oberschenkelstellung bei vornkonvexer rachitischer Verkrümmung allerdings einen unliebsamen Schönheitsfehler zu beseitigen oder wenigstens zu verringern vermag, daß aber dieser Eingriff auch eine Aenderung in der Haltung des Beckens und der Wirbelsäule zur Folge hat. Es kann durch die Oberschenkel-Osteotomie leicht zu einer Verstärkung der Lendenlordose kommen, die für die Entwicklung der Patienten recht nachteilige Folgen nach sich ziehen kann und jeder heilgymnastischen Behandlung außerordentliche Schwierigkeiten entgegenstellt. Es ist demnach in jedem Falle sehr zu überlegen, ob man die nachteiligen Folgen gegen die Beseitigung eines allerdings lästigen Schönheitsfehlers einzutauschen riskieren soll. Hh.

Dr. **Ernst Eitner** (Wien): **Erfahrungen über die Behandlung des Hallux valgus.** (Wien. med. Wochenschr. 1920, Nr. 37/38.)

Der Hallux valgus ist nicht nur ein unangenehmer Schönheitsfehler, sondern kann auch die Gehfähigkeit stark beeinträchtigen. Verf. hat bei einem typischen Fall von starker Valgusstellung der großen Zehe, großer Exostose, chronischer Schleimbeutelentzündnug, Frostbeulen und Ulzerationen die Resektion des Metatarsusköpfchens vorgenommen und damit einen leidlichen Erfolg erzielt. Besser war der Erfolg in einem weiteren Falle, bei dem ein horizontaler, mit der Spitze lateral gerichteter Keil aus Hals und Köpfchen des Metatarsus reseziert und die lateral verlagerte Flexorsehne wieder an ihren Platz fixiert wurde. Da hierbei die Aufrichtung der großen Zehe nicht vollständig erreicht wurde, resezierte er in einem weiteren Falle ein 2 cm langes Stück aus dem Schaft des Metatarsus. Ein anderer Fall wurde ebenfalls mit gutem Erfolg nach Ludloff operiert, wobei der Metatarsusschaft in schiefer Richtung durchsägt wird und die spitzen Enden der Fragmente abgekneipt und durch Verschiebung des Schaftes bedeutend verkürzt werden. Durch Vernähung eines Lappens aus Gelenkkapsel und Schleimbeutel an das Periost werden die Fragmente in der neuen Stellung fixiert und die Exostose wird abgemeißelt. Der operative Eingriff fesselt den Patienten etwa 3 Wochen ans Bett, ist aber seines guten Erfolges wegen durchaus zu empfehlen. Hh.

Dr. **Emil Schwarzmann** (Wien): **Zur operativen Behandlung des Hallux valgus.** (Med. Klin. 1920, Nr. 35.)

Verf. weist auf die guten Erfolge der Operation des Hallux valgus nach Mayo hin. Sie besteht in einem linearen Hautschnitt medial von der Sehne des Extensor hallucis longus über dem Metatarsophalangealgelenk, sorgfältiger Auspräparierung des Schleimbeutels, Abtragung eines derartigen Stückes vom Köpfchen des Metatarsus mit einem Meißelschlage, wie es zur Geraderichtung der großen Zehe nötig ist, und Fixierung des Schleimbeutels an das Periost des verkürzten Metatarsus hallucis. Die Erfolge bezeichnet Verf. als durchaus zufriedenstellend. Hh.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Prof. **Carl Stern** (Düsseldorf): **Ueber intramuskuläre Injektion von Silbersalvarsan.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 28.)

Wie Verfasser schon früher mitgeteilt hat, kann man Silbersalvarsan auch intramuskulär einspritzen. In seiner Klinik geschieht dies, falls die intravenöse Injektion auf Schwierigkeiten stößt. Die Injektion wird in den Musc. glutaeus medius gemacht, 2—3 Querfinger unterhalb der Crista iliaca, das Silbersalvarsan wird dabei je nach der Höhe der der Dosis (0,1—0,3 g) in 1—2 ccm doppelt destilliertem Wasser gelöst. Die Injektion muß tief in die Muskulatur erfolgen, also mit hinreichend langer Kanüle gemacht werden. Die Spritze wird nach der Entleerung abgenommen, die Haut um die Kanüle fest zusammengedrückt und letztere schnell herausgezogen, damit Salvarsan nicht in den Stichkanal gelangt. Vorher wird die Haut gut mit Jodtinktur desinfiziert. Bisher wurden 137 intramuskuläre Injektionen gemacht, und zwar bis auf wenige bei Frauen. Die Schmerzhaftigkeit ist nicht erheblich, ein Teil der Kranken hatte fast gar keine Beschwerden; die übrigen hatten am ersten Nachmittag nach der Einspritzung Schmerzen, die am anderen Tag vollständig geschwunden waren. Bei einem kleinen Teil der Kranken dauerten die Schmerzen länger; bei diesen war ein Infiltrat entstanden, welches in 8—10 Tagen auf heiße Sitzbäder zurückging. Zweimal kam es zur Abszeßbildung. L.

San.-Rat Dr. **Schindler** (Hanau a. M.): **Ueber die Wirkung des Silbersalvarsannatriums auf die Syphilis und die Serumreaktion.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 25.)

Nach seinen Erfahrungen erklärt Verf. das Silbersalvarsan als hervorragend geeignet, für sich allein, ohne Hg und KJ, die Syphilis zu heilen oder in veralteten Fällen zu bessern. Die hervorragend gute Verträglichkeit des Mittels gestattet es, die Syphilis so energisch wie möglich zu behandeln. Im seronegativen Stadium der Lues genügt oft eine Kur; alle seropositiven Luiker, gleichviel welchen Stadiums, sind wie bisher wiederholt zu behandeln. Als Einzeldosis empfiehlt Verf. 0,2—0,3 g. In einer Kur sind nach Verf. 20—25 Spritzen Silbersalvarsan, in 30 ccm Aq. bidest. ster. gelöst, ev. bis 40 ccm mit Blut verdünnt, jeden 4. bis 5. Tag (in ganz besonderen Fällen 6—8 tägig) zu verabfolgen. Bei Gesunden darf man mit 0,2 g anfangen und steige bei der zweiten Injektion auf 0,25 g. Im ganzen sind 5,5—6 g Silbersalvarsan einzuspritzen. Verf. hält sogar größere Dosen als 0,3 g für zulässig, wenn sie gut vertragen werden. Die Serumreaktion wurde gewöhnlich zwischen der 10. und 14. Injektion nach einem Verbrauch von 2,8—3,45 g Silbersalvarsan negativ. Das Mittel ist in der ambulanten Behandlung leicht anzuwenden und ungefährlich. L.

Pharmakologie und Toxikologie.

Dr. **Richard Jacobson** (Berlin): **Kalktherapie und Kalk-Appeton.** (Med. Klin. 1920, Nr. 40.)

Verf. hat das von der Chemischen Fabrik Höckert & Michalowsky (Neukölln) dargestellte Präparat Kalk-Appeton, eine Kombination von ferrialbuminsaurem Kalk, Magnesium peroxyd. und Calcium lacto-phosphoricum, untersucht. Es kommt in Tabletten zu 0,6 g in den Handel und hat einen süßlichen, nicht unangenehmen Geschmack. Täglich sind dreimal 2 Tabletten nach dem Essen zu nehmen. Zur Beobachtung kamen 150 Krankheitsfälle, und zwar Blutkrankheiten mit allgemeiner Schwäche und Unterernährung, Ner-

venkrankheiten, Lungenkrankheiten, Rachitis, Skrophulose und exsudative Diathese. Verf. kam zu der Ueberzeugung, daß Kalk-Appeton den anderen Kalkpräparaten nicht nur ebenbürtig, sondern in vielen Fällen sogar vorzuziehen ist. rs.

Dr. **Schlichtegroll** (Nürnberg): **Ein Fall schwerer Nirvanolvergiftung mit Heilung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 26.)

Von verschiedenen Seiten wurde schon über Nebenwirkungen des Nirvanols berichtet. Im vorliegenden Falle handelt es sich nicht eigentlich um eine Nebenwirkung, sondern um eine schwere Vergiftung infolge einer gegen ärztliche Verordnung genommenen übergroßen Dosis des Mittels. Eine 38 jährige Frau hatte statt der verordneten Einzeldosis 0,3 g 9 Tabletten zu 0,3 g auf einmal genommen. Infolgedessen war sie nach einer Stunde vollständig apathisch, pulslos, Pupillen erweitert. Verfasser machte sofort eine Magenspülung, spritzte Kampferöl und Kollaps-Disotrin ein. Nach einigen Stunden war der Puls wieder leidlich gut, die Frau lag schlummernd da, am nächsten Tage war sie noch stark somnolent, gleichzeitig bestand starke motorische Unruhe. Drei Tage später klagte sie über Flimmern vor dem Auge; es bestand völlige Aufhebung der Sehschärfe und undeutliche Farbenwahrnehmung. Ophthalmoskopisch kein besonderer Befund. Diese Störungen gingen in einigen Tagen ohne bleibende Folgen vorüber. L.

III. Bücherschau.

Praktisches Lehrbuch der Tuberkulose von Prof. Dr. **G. Deycke** (Lübeck). — 1920, Berlin, Julius Springer. — 298 Seiten, 2 Textabbildungen. — Preis geb. 22,— M.

Das vorliegende Buch bringt aus der Fülle der Erfahrungen des Verfassers heraus seine Anschauungen über die Tuberkulose in ausgezeichneter und übersichtlicher Weise zur Darstellung. Er vermeidet es, mit gelehrten Schlagworten zu arbeiten, und behandelt die Dinge nur unter dem Gesichtswinkel des Praktikers, wobei er geradezu in mustergültiger Art Wichtiges von Nebensächlichem zu trennen versteht. Besonderes Interesse beanspruchen die Mitteilungen über die wertvollen Beobachtungen, die Verf. über das Wesen der Tuberkulose in der Türkei gemacht hat. Einen unverhältnismäßig breiten Raum nimmt in dem Buche — ihrer besonderen Bedeutung entsprechend — die Lungentuberkulose ein. In der Besprechung der Behandlung ist Verf. auf die von ihm und Much begründete Lehre der Partialantigene sehr ausführlich, vielleicht zu ausführlich, eingegangen. Ueberhaupt ist der ganze Ton des Buches sehr subjektiv gehalten. In gewissem Sinne ist das ein Vorzug. Es spricht in frischer Sprache vom Verfasser zum Leser und wirkt dadurch leicht verständlich und selbst bei den schwierigeren Stellen durchaus nicht ermüdend oder eintönig. Ein „praktisches" Buch ist das vorliegende ohne jeden Zweifel, aber von einem „Lehrbuch" erwartet man eigentlich etwas mehr Objektivität. Das hindert jedoch nicht, Deyckes Buch zu dem Besten zu zählen, was auf diesem Gebiet auf den Markt gebracht wurde.

Druck, Ausstattung etc. lassen nichts zu wünschen übrig. Hh.

Die hausärztliche Behandlung der Lungentuberkulose. Von Prof. Dr. **Adolf Bacmeister** (St. Blasien und Freiburg i. Br.). — Zweite vermehrte Auflage, 1920, Jena, Gustav Fischer. — 44 Seiten. brosch. 3,— M.

Die vorliegende kleine Schrift, welche nunmehr in zweiter Auflage erschienen ist, gibt einen glänzenden Ueberblick über die hausärztliche Behandlung der Lungentuberkulose. Es spricht für die großzügige Auffassung des Verfassers in dem Kampf gegen die Tuberkulose, wenn er als Arzt einer bewährten Anstalt in einem hochangesehenen klimatischen Kurort scharf zum Ausdruck bringt, daß dem Hausarzt eine nicht zu unterschätzende Aufgabe in dem Kampfe gegen die Tuberkulose zufällt. Die Broschüre erfüllt ihren Zweck vollkommen und wird ihrer Aufgabe durchaus gerecht. Sie ist schlicht und einfach geschrieben, frei von jedem theoretischen Beiwerk, kennt keine Zeit- und Streitfragen oder wissenschaftliche Probleme, sondern bringt in lapidarer Kürze die strikten Behandlungsmethoden und Vorschriften so, wie sie der Arzt in seiner Praxis braucht. Es wäre sehr zu wünschen, wenn in der Art der vorliegenden Broschüre auf allen Gebieten der Medizin Veröffentlichungen erschienen, um dem ärztlichen Praktiker von Zeit zu Zeit Richtlinien zu geben und ihn über die Ergebnisse der Tagesfragen, soweit sie abgeklärt sind, auf dem Laufenden zu halten. — Das Bacmeistersche Buch sollte sich in der Hand eines jeden Arztes befinden. Hh.

Prof. Dr. **Hans Linigers Rentenmann.** — Frankfurt a. M., Medicinisch-Akademischer Verlag Ludwig Hch. Boucher.

Das Büchlein besteht in einer Einführung in die Rentenberechnung, einer Tabelle der Bewertung des Verlustes der einzelnen Glieder und 2 Figuren-Tabellen. Die Einführung ist kurz gehalten und gibt eine lapidare Uebersicht über die gesetzlichen Bestimmungen der Rentenberechnung, wie der Praktiker sie gerade brauchen kann. Die Tabellen sind außerordentlich übersichtlich, namentlich die schematischen Abbildungen, die auf den ersten Blick ohne langes Suchen dem Arzt die gewünschte Auskunft geben. Das Buch ist den ärztlichen Praktikern sehr zu empfehlen. Ausstattung, Druck und Papier sind vorzüglich. rs.

IV. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. San.-Rat Dr. Werner wurde als Direktor der Irrenanstalt Buch angestellt.

Göttingen. Das neu errichtete Extraordinariat für Haut- und Geschlechtskrankheiten wurde Prof. Dr. Erhard Riecke übertragen. Zur Besetzung des hier neu errichteten Extraordinariats der Zahnheilkunde erging ein Ruf an den Leiter der zahnärztlichen Poliklinik in Erlangen, Prof. Dr. Hermann Euler.

Köln. Während des Sommersemesters haben sich hier als Privatdozenten habilitiert: Prof. Dr. Meirowsky für Dermatologie, Dr. Budde für Chirurgie, D. H. Siegmund für Pathologie und pathologische Anatomie, Dr. Haberland für Chirurgie.

Freiburg i. B. Prof. Dr. Knoop hat den Ruf nach Leipzig als ordentlicher Professor der physiologischen Chemie abgelehnt.

Dresden. An Stelle des in den Ruhestand getretenen Geh.-Rats Professor Dr. Renk sind die Professoren Dr. Philalethes Kuhn und Dr. Alfred Heiduschka zu Direktoren der sächsischen Landesstelle für öffentliche Gesundheitspflege ernannt worden, und zwar Kuhn für die hygienisch-bakteriologische, Heiduschka für die nahrungsmitteltechnische Abteilung. Die Geschäftsführung hat im ersten Jahr Prof. Heiduschka.

München. Prof. Dr. J. Kaup, vormals Leiter des Staatsamtes für Volksgesundheit und nach Auflösung desselben Sektionschef im Staatsamt für soziale Fürsorge in Oesterreich, wurde zum a. o. Professor für Hygiene, insbesondere soziale Gesundheitspflege an der hiesigen Universität ernannt. Kaup wirkte schon früher in München als Hochschullehrer und zuvor an der technischen Hochschule in Berlin-Charlottenburg als Dozent für Gewerbehygiene. Er stammt aus Marburg (Steiermark) und studierte in Graz, Wien und München.

Wien. Professor Dr. Anton Weichselbaum, bis 1916 o. Professor der pathologischen Anatomie an der Wiener Universität, starb im Alter von 75 Jahren. Weichselbaum war seit 1885 Extraordinarius, seit 1893 Ordinarius in Wien. Seine Forschungen galten besonders den Infektionskrankheiten und damit im Zusammenhang der Bakteriologie. An seinen Namen knüpft sich speziell die Entdeckung des Erregers der epidemischen Genickstarre. Außer einem Grundriß der pathologischen Histologie (1892) veröffentlichte er monographische Darstellungen der Epidemiologie (1898) und Parasitologie (1899). — Ferner starb der Privatdozent für Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. Foges, Leiter des gynäkologischen Ambulatoriums im Rudolfinerhause.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Berlin. Am 22. Oktober fand im großen Hörsaal der Kaiser-Wilhelm-Akademie die 24. Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose statt. Nach dem vom Generalsekretär Dr. Helm erstatteten Geschäftsbericht beträgt die Zahl der Lungenheilstätten in Deutschland jetzt 168 mit etwa 17 600 Betten, die der Kinderheilstätten 172 mit 14 300 Betten, Walderholungsstätten sind 134, Waldschulen 17 vorhanden, ferner je zwei ländliche Kolonien für Erwachsene und Kinder. Außerdem bestehen 33 Genesungsheime, 82 Beobachtungsstationen, 317 Tuberkulosekrankenhäuser, Tuberkulose-Abteilungen, Invalidenheime und Pflegestätten. Der Reichszuschuß, der bisher nur 160 000 M. betrug, wird, wie der Vorsitzende, Präsident des Reichsgesundheitsamts Dr. Bumm mitteilte, voraussichtlich wesentlich erhöht werden. Den Hauptgegenstand der Beratungen bildete die Frage: Was erwarten wir von der reichsgesetzlichen Regelung der Tuberkulosebekämpfung? Berichterstatter hierüber waren Geh. Med.-Rat Prof. Neufeld, der Leiter des Instituts Robert Koch, und Geheimrat Bielefeldt, der Vorsitzende der hanseatischen Landesversicherungsanstalt. Als Ergebnis der Referate und der sich anschließenden Aussprache kam eine Entschließung zustande, in welcher eine reichsgesetzliche Regelung der Tuberkulosebekämpfung gefordert wird, durch welche die Rechtsgrundlage und Geldmittel für eine umfassende Tuberkulose-Fürsorge beschafft werden sollen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang — Berlin, 6. November 1920 — No. 45

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

89. Jahrgang Berlin, 6. November 1920 No. 45

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber das Schicksal des Kochsalzes im Körper bei seiner Zufuhr auf verschiedenen Wegen. Zugleich ein Beitrag zum Mechanismus der trockenen Kochsalzretention.

Von
Professor Dr. **Adolf Bickel** (Berlin).

Wenn wir Mineralwässer dem Körper in der üblichen Form einer Trinkkur zuführen, so gelangt das Mineralwasser in seiner natürlichen Zusammensetzung nur ausnahmsweise bis an die Resorptionsfläche des Verdauungskanals, insbesondere des Darmes, also zu der Pforte, die zu den Körpersäften hinführt. Es erfährt häufig schon bei der Magenpassage durch die Einwirkung der Salzsäure und einige andere Ursachen tiefgreifende Veränderungen. Diese Veränderungen werden um so beträchtlicher sein, je weniger das Mineralwasser auf nüchternen Magen und je mehr es im Verlaufe einer Verdauungsperiode genossen wird. Bei den üblichen Formen der Mineralwassertrinkkur kann man annehmen, daß wohl nur der Trunk am frühen Morgen vor dem ersten Frühstück einen völlig nüchternen Magen antrifft. Sonst dürfte sich bei der häufigen Folge der Mahlzeiten an Kurorten der Magen immer in der Verdauungstätigkeit befinden, wenn der Brunnen getrunken wird.

Wenn trotz dieser chemischen Umsetzungen, die ein Mineralwasser im Magen erfährt, dennoch therapeutische Erfolge bei Mineralwassertrinkkuren erzielt werden, die nur aus der Aufnahme der Mineralwasserbestandteile oder der aus ihnen unter dem Eindruck des Magen- und Darmchemismus hervorgegangenen Verbindungen in die Körpersäfte erklärt zu werden vermögen, so kann man diese Wirkung entweder auffassen als die Minimalwirkung des zugeführten Mineralwassers oder aber als eine Wirkung, die eben erst abhängig ist von der physiko-chemischen Veränderung des Mineralwassers in Magen und Darm. Es kann sich aber auch die Minimalwirkung des Wassers zu der Wirkung des veränderten Wassers in gleichem Sinne addieren oder beide Wirkungen können sich widerstreitend bis zu einem gewissen Grade gegenseitig paralysieren. Das ist natürlich alles möglich und im einzelnen Falle schwer zu analysieren.

Wenn man so auch die Möglichkeit zugeben muß, daß die bei einer Mineralwassertrinkkur erzielten Erfolge vielleicht zum Teil eben auf den Umsetzungen beruhen, die ein Mineralwasser im Magen-Darmtraktus erfährt, so folgt daraus noch keineswegs, daß die chemische Komposition eines Mineralwassers nicht die minutiöse Beachtung verdiene, die ihr gewöhnlich zuteil wird. Gerade die grundlegenden Versuche von Tappeiner's[1]) aus dem vorletzten Jahre, haben gezeigt, daß die Summe der biologischen Wirkungen, und daß gerade auch Wirkungen, die nur durch die Aufnahme des Mineralwassers in die Körpersäfte entstehen können, in praxi kaum von einem der käuflichen Ersatzpräparate eines bestimmten natürlichen Mineralwassers erzielt wird.

Die Gründe hierfür sind im wesentlichen folgende:

1. Die im Handel angebotenen Ersatzpräparate, z. B. die Sandow'schen Mineralwassersalze, geben auch bei ihrer vorschriftsmäßigen Anwendung keine Lösung, die mit dem entsprechenden natürlichen Mineralwasser häufig auch nur annähernd identisch ist.

2. Bei den Ersatzpräparaten zeigen nicht selten bestimmte Komponenten wegen der Mangelhaftigkeit ihrer Lösung eine längere Verweildauer im Magen, als die entsprechenden Stoffe in dem natürlichen Wasser.

3. Die Ersatzpräparate lassen gelegentlich gewisse Stoffe vermissen, die, wenn auch nur in kleiner Menge, in dem natürlichen Mineralwasser enthalten sind und wichtige biologische Wirkungen ausüben.

Wenn man aber daran ginge, alle diese Mißstände zu beseitigen, um ein ideales Ersatzpräparat zu schaffen, was ja durchaus im Bereiche der Möglichkeit liegt, so würden sich wohl die Produktionskosten so steigern, daß das natürliche Mineralwasser billiger wäre, als das Ersatzpräparat. Damit schwindet aber auch der Sinn, ein Ersatzpräparat herstellen zu wollen.

Wenn ich nach diesem Exkurs nun wieder an den einleitenden Gedanken anknüpfe, daß bei dem Genuß der Mineralwässer in der Form der üblichen Trinkkur das Wasser in seiner natürlichen Komposition kaum in die Körpersäfte eintritt, so würde, wenn man in dieser Tatsache eine Dämpfung der in dem Mineralwasser ursprünglich enthaltenen Heilkräfte erblicken will, die Konsequenz dieses Gedankens sein, das Mineralwasser auf anderem Wege den Körpersäften zuzuführen, auf dem eine Störung seiner Komposition nicht in dem genannten Umfange möglich ist. Der idealste Weg, um dieses Ziel zu erreichen, wäre die intravenöse Injektion, andere Wege, die in Frage kommen, sind die subkutane, die intramuskuläre Zufuhr oder die Einspritzung in seröse Höhlen.

[1]) v. Tappeiner, Vergleichende Untersuchung einiger Mineralwässe und deren Ersatz durch die künstlichen Mineralwassersalze von Dr. Sandow. Veröffentl. d. Zentralstelle f. Balneologie, Bd. III, Heft 5, 1918.

Es fragt sich dabei nur, ob die Umständlichkeit und das Risiko bei einem solchen Verfahren ihre Rechtfertigung finden in einem entsprechenden Nutzen, den es vor der Trinkkur voraus hat.

Bei Arzneiwässern ist, wie ich aus der Literatur ersehe, bereits von verschiedenen Autoren ein solcher Versuch gemacht worden, und von dem Meerwasser weiß ich, daß z. B. Injektionen desselben von amerikanischen Aerzten bei Anämien empfohlen werden. Der Gedanke einer parenteralen Mineralwassertherapie ist also keineswegs neu.

Untersuchungen über den Kochsalzstoffwechsel, die mich im Anschluß an das Studium der Wirkungen des Wüstenklimas auf den Menschen beschäftigten, gaben mir nun auch Veranlassung, einmal dem Problem nachzugehen, ob für die Aufenthaltsdauer eines Minerals im Körper der Weg seiner Zufuhr denn überhaupt gleichgültig ist, oder ob da zwischen enteraler und parenteraler Einfügung in den Organismus Unterschiede bestehen. In wie enger Beziehung diese Frage mit jener vorhin skizzierten über den eventuellen Nutzen einer parenteralen Mineralwassertherapie steht, brauche ich nicht besonders hervorzuheben.

Das Kochsalz, dessen Verweildauer im Körper bei verschiedenen Wegen der Zufuhr in diesen Versuchen studiert worden ist, fand entweder in der Form eines kochsalzhaltigen Mineralwassers, nämlich des staatlichen Niederselterser Wassers Verwendung, oder wurde in bestimmt dosierten, wässerigen Kochsalzlösungen zugeführt oder wurde in Pulverform der Nahrung beigemischt.

Ueber diese Beobachtungen lassen Sie mich in Kürze berichten. Sie mögen sie aufnehmen als einen Versuch, das bis jetzt experimentell nur an ganz wenigen Stellen bearbeitete Feld weiter zu bestellen, auf dem die Kenntnis über das Schicksal der auf verschiedenen Wegen dem Körper zugeführten Mineralien gedeihen soll. Da jede Mineralwassertherapie im letzten Betracht eine Mineralstofftherapie ist, werden zweckmäßig beide Versuchsanordnungen, nämlich die Verwendung eines natürlichen Mineralwassers und diejenige seiner einzelnen Komponenten Hand in Hand gehen müssen.

Eine ausführliche Mitteilung, der umfangreichen Stoffwechselanalysen, die zur Durchführung dieser Arbeit erforderlich waren, bringt ein Aufsatz von mir „Ueber parenterale Zufuhr von Mineralwässern" in der Zeitschrift für Balneologie. (1. Januar 1920.)

Es genügt, wenn ich hier an dieser Stelle die Versuchsergebnisse kurz bespreche.

In einer ersten Versuchsreihe wurden einem 12 kg schweren Hunde, dessen Stickstoff- und Kochsalzstoffwechsel bei gleichbleibender, das Stickstoffgleichgewicht verbürgender Kost genau bekannt war, Kochsalzzulagen in dreierlei Form gegeben: das erste Mal als Zulage zum Futter und in dem Speisebrei gelöst, das zweite Mal als intraperitoneale Injektion einer 1 proz. Lösung, und das dritte Mal als intravenöse Injektion in gleicher Konzentration. Bei der stomachalen Kochsalzgabe war nun die Ausscheidung der Kochsalzzulage am Ende des zweiten Tages nach der Gabe beendet, während nach der intravenösen und intraperitonealen Zufuhr die Ausschwemmung erst am Abend des dritten Tages nach der Kochsalzzufuhr fertiggestellt war. Daraus ergibt sich, daß die bei Kochsalzgleichgewicht dem Körper peroral zugeführte Kochsalzzulage den Körper rascher verläßt als eine intravenös oder intraperitoneal einverleibte Zulage.

Das gleiche Ergebnis hatte eine andere Versuchsreihe, bei der einem 6,5 kg schweren Dachshunde, der sich im Kochsalzgleichgewicht befand, durch subkutane Injektionen bestimmter Mengen von Mineralwasser aus der Staatlichen Niederselterser Quelle eine dosierte Kochsalzmenge, nämlich das Kochsalz des Mineralwassers neben anderen Salzen zugeführt wurde.

Als Kontrollversuch erhielt der Hund die subkutane Injektion entsprechender Mengen von destilliertem Wasser.

Es zeigte sich, daß die Ausscheidung der Kochsalzzulage am Ende des zweiten Tages nach der Gabe nicht nur nicht beendet war, sondern daß sich das Kochsalz fast noch quantitativ im Körper befand.

Meine Versuche bringen zunächst einmal eine Bestätigung der Beobachtung v. Hößlin's, nach der normal ernährte Hunde einmalige, aber sogar selbst größere perorale Kochsalzzulagen in 24 Stunden fast ganz wieder ausscheiden. Nur bei chlorarm ernährten Tieren findet dann eine Kochsalzretention statt. Andererseits aber stehen meine Versuche in einer gewissen Beziehung zu den Beobachtungen von Wahlgren und Padtberg, die nach der einmaligen intravenösen Injektion von Kochsalzlösungen noch einige Stunden nach Beendigng der Injektioun einen wesentlichen Teil des Kochsalzes in der Haut deponiert fanden.

Bei der intravenösen Injektion, aber auch bei der subkutanen und intraperitonealen Einverleibung wird der Kochsalzgehalt von Körperflüssigkeit und Körpergewebe allerdings zunächst mit entsprechender Wasserzufuhr in meinen Versuchen plötzlich erhöht. Nun wird aber das zugeführte Wasser zweifellos rascher wieder ausgeschieden, als das einverleibte Kochsalz. Es wird also eine gewisse Tendenz zur prozentigen Steigerung des Kochsalzgehaltes der Körperflüssigkeiten sich bemerklich machen. Vielleicht ist diese Steigerung des prozentigen Kochsalzgehaltes des Blutes der Anreiz für die Gewebe und speziell die Haut, das Kochsalz aus dem Blute herauszunehmen, in sich aufzuspeichern und es erst allmählich später wieder abzugeben, um den normalen Blutkochsalzspiegel dauernd zu erhalten. Bei der Aufnahme von Kochsalz aus dem Verdauungskanal erfolgt eine so plötzliche Erhöhung des Kochsalzbestandes der Körperflüssigkeiten nicht. Hier kann Ein- und Ausfuhr von vornherein sich mehr aneinander anpassen und eine längere Aufspeicherung von Kochsalz in den Geweben ist nicht erforderlich.

Diese Gedankengänge führen nun zu der vom medizinischen, wie vom allgemein biologischen Standpunkte nicht minder interessanten Fragestellung nach der Art und Weise der Kochsalzdeponierung in den Geweben.

Diese ist einmal so zu denken, daß mit der Kochsalzretention eine entsprechende Wasserretention in den Geweben, also wohl vor allem in den Gewebsspalten und den Interzellularräumen stattfindet, daß diese mit anderen Worten von einer physiologischen Kochsalzlösung durchtränkt werden. Wir hätten dann ein Praeödem oder ein Oedem, wie es sich bei Nierenkranken gewöhnlich infolge einer NaCl-Insuffizienz der Nieren findet. Diese Dinge sind durch die Arbeiten von Widal und Strauß u. a. und durch neuerliche Untersuchungen von Frl. Rothstein aus meinem Laboratorium genau bekannt.

Nun lehren aber gewisse Erfahrungen bei Nierenkranken, daß gelegentlich auch eine Kochsalzretention ohne entsprechende Wasserretention zustande kommt, und ich verfüge über experimentelle Beobachtungen, nach denen im Durstzustande bei fortschreitender Wasserverarmung des Körpers beträchtliche Kochsalzretentionen möglich sind. Hier wird also das Kochsalz allemal trocken retiniert. Ueber den Modus dieser trockenen Retention ist bis jetzt nichts bekannt gewesen. Ich persönlich habe immer die Ansicht vertreten, daß es sich um eine chemische Bindung des Kochsalzes an das Eiweiß handeln müsse, daß die Kochsalz-Eiweißbindung aber lockerer Natur sei, um jederzeit mühelos das Kochsalz wieder abgeben zu können. Meine Auffassung hat nun durch neuere Arbeiten von Pauli[2]) eine gewisse Bestätigung gefunden, indem Pauli zeigen konnte, daß erstlich überhaupt solche Salzeiweißverbindungen existieren, daß zweitens bei der Entstehung solcher Salzeiweißverbindungen je nach der Art des Eiweißes, in das Kochsalz eintritt, dieser Eintritt entweder unter Wasserverlust oder unter Wasseraufnahme von Seiten des Moleküls geschieht. So nimmt z. B. beim Albumin das Wasser ab, beim Glutin dagegen zu.

Jedenfalls tun diese Versuche dar, wie ohne entsprechende Wasseraufnahme oder bei unverändertem Wasserbestand oder endlich bei Wasserverlust des Körpers eine trockene Kochsalzretention, wie sie ja an sich seit langem durch die Arbeiten von Strauß u. a. bekannt ist, nun im letzten Grunde zustande kommen kann. Ob das der einzige Modus der trockenen Retention ist, bleibt dahingestellt. Denn die quantitativen Verhältnisse müssen bei allen Erklärungsversuchen ja auch berücksichtigt werden. Ob bei diesen ganzen Bindungsvorgängen nun das Natrium oder das Chlor die Hauptrolle spielt, bedarf weiterer Untersuchungen. Mich selbst hatte zuerst zu dieser theoretischen Annahme der Kochsalzeiweißverbindungen meine Entdeckung des Konstantbleibens der elektrischen Leitfähigkeit der Körpersäfte bei der durch doppelseitige Nephrektomie erzeugten Uraemie geführt. Hier treten keine Oedeme auf, der Gefrierpunkt des Blutes sinkt stark, aber die kreisenden Elektrolyten sind nicht vermehrt. Ich vermutete, daß sie in das Eiweiß geflüchtet seien und dort verankert worden wären.

So hat uns die Frage nach dem Schicksal des auf verschiedenen Wegen dem Körper zugeführten Kochsalzes zu den interessantesten Problemen der pathologischen Physiologie des Kochsalzstoffwechsels geführt.

Zugleich aber mögen Sie aus meinen Darlegungen die Ueberzeugung schöpfen, daß auch das Studium des Schicksals der parenteralen Zufuhr von Mineralstoffen und Mineralwässern, wie ich es am Beispiel der Staatlichen Niederselterser Quelle Ihnen heute angedeutet habe, wert ist, Beachtung zu finden, und daß eine genaue Durchforschung dieser Fragen uns sicherlich noch manche interessante Tatsachen offenbaren wird.

---

[2]) Pauli, Salzeiweißverbindungen als Grundlage der physiologischen Salzwirkung I. Veröffentl. d. Zentralstelle f. Balneologie, Bd. III, Heft 2, 1916.

Röntgenamenorrhoe als symptomatische Behandlung.

Von Dr. **Priwin**, Spezialarzt für Röntgenologie, Berlin.

Ueber den Wert der Röntgenbehandlung der gutartigen Uterusblutungen, der Myome, sind die Akten wohl als geschlossen zu betrachten. Die prompten Erfolge der Bestrahlungen haben in Tausenden von Fällen die Ueberlegenheit gegenüber der operativen Behandlung erwiesen. Die Methodik wird noch verschieden angegeben. Ueber Indikationen und Kontraindikationen hat man sich in der Hauptsache geeinigt. Zu letzteren werden gewöhnlich auch die Adnexerkrankungen gezählt. In der Tat scheint das Röntgenlicht auf entzündete Adnexe einen exazerbierenden Einfluß auszuüben. So sah ich in einem Falle nach Bestrahlung einer entzündeten Adnexseite am gleichen Tage Auftreten von Fieber und erhebliche Verschlimmerung der Schmerzen. Worauf diese flagrante Reaktion des entzündeten Ovariums zurückzuführen ist, soll hier nicht in extenso ausgeführt werden. Die enorme Radiosensibilität der normalen weiblichen Keimdrüse läßt überraschend schnell Zelldegenerationen auftreten; entzündetes Gewebe ist nun noch erhöht röntgenempfindlich. Es kommt wahrscheinlich infolge der Bestrahlung zu Schwellung und eventl. Zerfall entzündlichen Ovarialgewebes, bei Resorption desselben auch zu Resorptionsfieber.

Nun gibt es zweifellos eine große Reihe von Adnexitiden, die nur während der Menstruation erhebliche Beschwerden machen, solche, bei denen die dysmenorrhoischen Beschwerden überhaupt erst das Leiden zur Perzeption kommen lassen. Erst eine genaue Untersuchung zeigt dann, daß ein Entzündungszustand der Adnexe der Dysmenorrhoe zugrunde liegt. Werden diese Frauen amenorrhoisch, so schwinden damit auch gewöhnlich ihre Beschwerden. Die rationelle Therapie brauchte in solchen Fällen also nicht in der Behandlung des Grundleidens zu bestehen, sondern symptomatisch in der Beseitigung der Dysmenorrhoe durch Herbeiführung der Amenorrhoe. Selbstverständlich wird man sich hierbei nach dem Alter der Patientin richten, bei jüngeren Frauen wird man sich evtl. mit einer partiellen Zerstörung des Follikelapparates, mit vorübergehender Amenorrhoe oder Einschränkung der Menstruation begnügen, soweit dies technisch erreichbar ist.

Daß man in solchen Fällen sich nicht zu scheuen braucht, die entzündeten Adnexe zu bestrahlen, habe ich einige Male beobachten können. In einem dieser Fälle trat zwar nach der Bestrahlung der entzündeten Seite vorübergehend eine Exazerbation auf, die zu Unterbrechung der Bestrahlung für 3 Tage zwang, aber dann weiter durchgeführt wurde, mit dem Erfolge, daß nach 6 Wochen nur noch geringer blutiger Ausfluß auftrat ohne dysmenorrhoische Beschwerden. Es handelte sich um eine 50 jährige Patientin, die jahrelang die heftigsten Beschwerden während der Menstruation hatte, die durch einen entzündlichen Adnex-Tumor der rechten Seite bedingt waren. Die ca. 8—10 Tage dauernde Menstruation war stets mit außergewöhnlich heftigen Schmerzen und meist auch mit Temperatursteigerungen verbunden. Nachdem die Adnexitis von verschiedenen Aerzten jahrelang erfolglos behandelt war, wurde mir die Patientin von dem Kollegen Bruno Wolff in Berlin zur Herbeiführung der Röntgenamenorrhoe überwiesen. Diese Frau hat nun seit der Bestrahlung vor 6 Monaten niemals mehr Beschwerden gehabt; nachdem 6 Wochen nach der Behandlung ein geringer blutiger Ausfluß ohne Beschwerden aufgetreten war, besteht seit dieser Zeit völlige Amenorrhoe. Die Frau sieht dabei blühend aus und hat niemals mehr Schmerzen oder Fieber gehabt. Der Adnex-Tumor ist kaum zu fühlen. Das Ziel, die Patientin durch die Herbeiführung der Amenorrhoe von den Beschwerden ihrer Adnexitis zu befreien, wurde also mit der Röntgenbestrahlung prompt erreicht. In einem ähnlichen Falle, bei dem wegen heftiger Myomblutungen die Bestrahlung trotz eines gleichzeitig bestehenden entzündlichen Adnex-Tumors zur Beseitigung der Blutungen vorgenommen wurde, verschwanden mit den Blutungen auch die heftigen Beschwerden, die durch die Adnexitis hervorgerufen waren.

Offenbar können also die Beschwerden derartiger Adnexentzündungen beseitigt werden, wenn der periodisch auftretende Blutadflux, der während der Menstruation zu den Genitalien hin stattfindet und Schwellungszustände hervorruft, die latent entzündliche Prozesse schmerzhaft erscheinen lassen, beseitigt wird.

Ich möchte also Adnexerkrankungen nicht unbedingt zu den Kontra-Indikationen für Röntgenbehandlung zählen. In geeigneten Fällen dürfte die Bestrahlung die Beseitigung der Dysmenorrhoe und damit zum mindesten eine Beseitigung vorhandener Beschwerden bewirken. Selbstverständlich müssen solche Patientinnen genau während der Bestrahlung beobachtet werden, bei auftretendem Fieber oder erhöhten Beschwerden sofort Bettruhe etc. angeordnet werden.

Daß man eine Endometritis durch Erzielung der Amenorrhoe beseitigen kann, ist bekannt. In gleicher Weise könnte man auch diejenigen Retroflexionen, deren Beschwerden lediglich in Dysmenorrhoe bestehen, behandeln. Auch sind chronische Appendizitiden bei Frauen beobachtet worden, die nur während der Periode heftige Beschwerden machen; auch hier wird man in dem einen oder anderen Fall an Röntgenbehandlung zur Beseitigung der Beschwerden denken können. Der praktische Frauenarzt wird für die symptomatische Herbeiführung einer Amenorrhoe sicher noch manche andere Indikation finden. Zweck dieser Notiz sollte es sein, auf einige dieser in der Praxis sicher nicht allzu seltenen Indikationen hinzuweisen.

Es empfiehlt sich, in solchen Fällen die zu verabreichende Röntgendosis möglichst in einer Sitzung zu geben.

*) Anmerkung bei der Korrektur: Wintz hat in seinem mit Seitz inzwischen herausgegebenen Buch: „Unsere Methode der Röntgentiefentherapie und ihre Erfolge" ebenfalls die Adnexitiden als keine Gegenanzeige für Bestrahlungen bezeichnet.

II. Referate.

Innere Medizin.

Med.-Praktikant **Bernhard Kuhlmann** (Greifswald): **Ueber Aenderung der Blutalkaleszenz bei Krankheiten.** (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin, Band 133, Heft 5/6.)

Verf. hat die Blutalkaleszenz bei verschiedenen Krankheiten nach der aerotonometrischen Methode von Morawitz und Walker untersucht und gefunden, daß bei dekompensierten Herzleiden und auch bei Lungenleiden, die mit Dyspnoe einhergehen, eine nur mäßige Verminderung der Blutalkaleszenz auftritt. Auch bei Anämien nimmt die Blutalkaleszenz nur wenig ab, wenn es sich nicht um extreme Herabsetzung des Haemoglobingehaltes handelt. Höhere Grade der Verminderung von Blutalkaleszenz findet man bei Fiebererkrankungen, bei Diabetes mellitus mit Azidose und bei Niereninsuffizienz. Bei all diesen Herabsetzungen der Blutalkaleszenz scheint es sich um abnorme Vorgänge im intermediären Stoffwechsel zu handeln. Das steht für den Diabetes schon längst fest und muß für Uraemie auch angenommen werden. Hh.

Dr. **E. Hartmann** (Magdeburg): **Welche Bedeutung hat die Unterscheidung zwischen offener und geschlossener Lungentuberkulose für die Bekämpfung der Tuberkulose?** (Deutsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 42.)

Auf Grund eingehender Ausführungen kommt Verf. zu dem durchaus richtigen Schluß, daß die bisherige Klassifizierung in offene und geschlossene Lungentuberkulose weder klinisch berechtigt noch in praktischer Hinsicht wertvoll ist, ja sogar unter Umständen schädlich sein kann. Vom Standpunkt der Fürsorgetätigkeit wäre es vielleicht besser, einen Unterschied zwischen ansteckungsfähiger und nichtansteckungsfähiger Tuberkulose zu machen, wobei diese Begriffe nur „zeitlich" zu verstehen sind. Die Unterscheidung soll nicht einseitig nach dem Sputumbefund erfolgen, sondern nach klinischen Gesichtspunkten. Als ansteckungsfähig ist jede aktive Lungentuberkulose aufzufassen, die in erster Linie an dem Vorhandensein feuchter Rasselgeräusche kenntlich ist. Hh.

Prof. Dr. **F. Jessen** (Davos): **Zur Vorbeugung und Behandlung der Grippe und verwandter Zustände.** (Zentralblatt f. innere Medizin 1920, Nr. 40.)

Verf. hat aus dem Blute von Grippekranken einen Diplokokkus gezüchtet, der grampositiv ist und auf Agar in Form eines aluminiumartig glänzenden dünnen Häutchens wächst. Von Tieren, die mit diesem Kokkus infiziert wurden, ist ein Grippeantikörper (GAK) gewonnen worden. Wenn man 0,15 ccm dieses Grippeantikörpers in die Ellbogenbeugehaut einreibt, dann wird die Grippe verhütet oder nimmt einen ganz milden Verlauf. Gesunde Personen zeigten auf die Anwendung des Präparates keine Einwirkung. Bei Grippekranken dagegen trat eine Reaktion auf in Form von Neuralgien, rheumatischen Erscheinungen, Magen-Darmsymptomen etc. Die bekannten Nacherscheinungen der Grippe, die postgrippöse Schlaflosigkeit, Neuralgien, Rheumatismen, Albuminurien, Prostatitis und Herpes urethralis sowie die rezidivierende Bronchitis verschwanden unter dem Einfluß der Behandlung mit dem Grippeantikörper. Der prophylaktische Schutz hält 12 bis 20 Tage an. Hh.

Dr. **Ernst Duschak** (Wien): **Zur Behandlung spätrachitischer und osteomalazischer Knochenerkrankungen.** (Med. Klin. 1920, Nr. 40.)

Nach den eingehenden Untersuchungen des Verf. erscheint die Behandlung spätrachitischer und osteomalazischer Erkrankungen durch Stimulation des Knochenmarks sehr aussichtsreich zu sein. Unter den Mitteln zur Anregung des Knochenmarkes verdienen besondere Beachtung Arsen und namentlich Quecksilber, das in kleinen Dosen die Sklerosierung des Knochens und die Verbesserung der Blutbeschaffenheit sowie des Allgemeinzustandes bewirkt. Leichte und mittelschwere Fälle können durch das angegebene Verfah-

ren rasch geheilt werden, ohne das Berufsleben des Patienten zu stören; schwere und veraltete Fälle sind kombiniert zu behandeln. Hh.

Dr. **Roger Korbsch** und Dr. **Arthur Groß** (Breslau): **Ueber chronische Bazillenruhr und ihre erfolgreiche spezifische Behandlung.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 27.)

Die neuen Erfahrungen haben gelehrt, daß auch die Bazillenruhr ernste chronische geschwürige Erkrankungen des Dickdarms hervorrufen kann, die bisweilen spontan ausheilen, meist aber chronisches Siechtum veranlassen oder durch frühzeitige Komplikationen das Ende herbeiführen. Man kann folgende Formen der chronischen Ruhr unterscheiden: 1. die chronisch ulzeröse Form. Bei dieser treten kürzere oder längere Zeit nach überstandener akuter Ruhr erneut Darmstörungen auf mit schleimig-eitrig-blutigen Abgängen. Rektoskopisch findet man geschwürige Prozesse und auch polypöse Wucherungen auf der Darmschleimhaut. 2. die dyspeptische Form; hier steht die Darmdyspepsie im Vordergrund. Die Entleerungen sind zumeist frei von Entzündungsprodukten, rektoskopisch findet man keine Ulzerationen im Darm. 3. eine perikolitisch-spastische Form; sie ist seltener und schwerer und führt durch punktförmige Perforation der Dickdarmwand zu entzündlich infiltrativen Prozessen in der Umgebung des Darmes. Heftige Schmerzen, Tenesmen, blutig-schleimig-eitrige Abgänge beherrschen das klinische Bild. Die übliche Therapie, bestehend in medikamentösen Darmklysmen, ist im allgemeinen wenig erfolgreich; deshalb hat man die Appendiko- und Zökostomie zwecks Durchspülung des Darmes von der Fistel aus empfohlen. Auch hierbei dauert die Heilung einige Monate; Rezidive sind nicht ausgeschlossen. Demgegenüber berichten die Verfasser über gute Erfolge, welche sie bei einer Anzahl von Kranken mit chronischer Ruhr mit der Vakzinetherapie erreichten. Es handelte sich um die ulzeröse Form. Nur in zwei Fällen gelang es noch, Shiga-Kruse-Bazillen zu züchten. Es war hierdurch die Herstellung einer Autovakzine möglich, die bei beiden Kranken neben Darmspülungen und Dermatolgaben intravenös angewendet wurde. Begonnen wurde mit 5 Millionen Keimen, alle 4—5 Tage wurde die Dosis um ebensoviel gesteigert, bis 30 Millionen und mehr. Als wirksam erwies sich nur die intravenöse Anwendung. Elf andere Fälle wurden mit einer polyvalenten Vakzine ohne jede andere Therapie behandelt und zum größten Teil im Laufe von 2—3 Monaten geheilt. Nicht selten bleiben nach Abheilung der Geschwüre vereinzelte leicht verletzliche Erosionen zurück, deren endgültige Vernarbung am besten durch Arg. nitric.-Spülungen erreicht werden kann. Die benutzte polyvalente Vakzine stellten sich die Verfasser selbst aus 7 Shiga-Kruse-Stämmen und je einem Flexner- und Y-Stamm her. L.

Nervenheilkunde.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **E. Payr** (Leipzig): **Einfacher Weg zum 2. Trigeminusaste zur Anästhesie und Alkoholinjektion bei Neuralgien.** (Zentralbl. f. Chirurgie 1920, Nr. 40.)

Bei Alkoholinjektionen ist die Gefahr des Eindringens der Nadel in die Orbita oder in die Nasenhöhle sehr groß und unter allen Umständen zu vermeiden. Die beste Einstichstelle liegt unmittelbar nach vorn von der Verbindungsstelle zwischen dem Processus temporalis des Jochbeinkörpers mit dem Jochbogen in dem Winkel zwischen Stirn- und Schläfenfortsatz des Jochbeins und führt oberhalb des Jochbogens in die Fossa pterygo-palatina. Zuerst wird die Haut durch eine Quaddel unempfindlich gemacht und dann die 6 bis 7 cm lange Injektionsnadel senkrecht eingestochen. Man erreicht den Nerven, der auf einer fast immer deutlich ausgeprägten Rinne auf dem Tuber maxillae liegt, tangential. Hh.

Dr. **Hans Brunner** (Wien): **Ueber den Einfluß der Röntgenstrahlen auf das Gehirn.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Band 114, Heft 2.)

Beim reifenden Gehirn wirken die Röntgenstrahlen auf das Gehirnparenchym selbst und ferner auf die Gefäße des Gehirns. Wie überall, so zeigt sich auch im Gehirn die Erscheinung, daß nur diejenigen Elemente eine Beeinflussung zeigen, die eine gewisse histologische Labilität besitzen, wie die superfiziellen Körper im Kleinhirn und vielleicht die in Proliferation begriffene Glia, während die fixen Elemente keine Veränderung zeigen, wie die Ganglienzellen, die markhaltigen Nervenfasern und die ruhige Glia. Die Gefäßwände zeigen bei neugeborenen Tieren keine Veränderung, dagegen findet sich eine aktive Hyperaemie, die vor allem in den weichen Hirnhäuten auftritt, sich auf die Hirngefäße fortsetzt und ein hochgradiges Hirnoedem erzeugt, das zu einem Hydrocephalus internus und auch zu Blutungen führen kann. Die Heilkraft der Röntgenstrahlen gegenüber der Epilepsie wird bezweifelt; es steht vielmehr fest, daß Bestrahlungen des Gehirns die epileptischen Anfälle verschlechtern oder auslösen können. Hh.

Chirurgie.

Dr. **Eugen Wassermann** (Hamburg): **Ueber die Behandlung von Narbenkeloiden mit Pepsin-Salzsäure-Dunstverband und Pyrogallol.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 28.)

An der Hand von zwei Fällen schildert Verfasser die Behandlung von Narbenkeloiden nach Unna (vergl. das Referat S. 125, Heft 26) mittels äußerlicher Anwendung der Pepsinsalzsäure. Man kann das Mittel auch mit 10proz. Pyrogallolkollodium kombinieren. Verf. wandte Pepsin in folgender Form an:

Pepsin 2—10
Acid. boric 8
Acid. hydrochloric. 0,4
Aq. ad 200

Zunächst wird 10proz. Pyrogallolkollodium auf das Keloid gepinselt, darüber kommt ein mittels vorstehender Lösung hergestellter Dunstverband. Die Behandlung ist langwierig und erfordert Ausdauer. Entstehende Pyrogalloldermatitis, ja selbst Ulzeration der Haut gibt zu Bedenken keinen Anlaß, ist im Gegenteil als Zeichen beginnenden Gewebszerfalls erwünscht. Durch Aussetzen des Mittels, milde Zinksalben und Ruhigstellung mit Zinkleimverband wird die Dermatitis resp. Ulzeration beseitigt. Dann wird die Behandlung wieder aufgenommen. Die Salzsäure kann man, wenn die Behandlung voraussichtlich langwierig ist, nach Unna durch 4 proz. Borsäure ersetzen, ohne die verdauende Kraft zu beeinträchtigen. Der dauernde Gebrauch des Pyrogallols macht eine Kontrolle des Urins auf Schwärzung und Eiweiß nötig. Innerliche Gaben von Salzsäure heben übrigens nach Unna die Giftwirkung des Pyrogallols auf. Man kann außerdem bei der Keloidbehandlung auch ohne Pyrogallol auskommen, und mit dem Pepsinsalzsäuredunstverband allein einen Erfolg erzielen, wie der zweite von Verfasser mitgeteilte Fall beweist. L.

Dr. **E. Nordmann** (Berlin-Schöneberg): **Das Boluphen in der Chirurgie.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 26.)

Als Ersatz für die früher gebräuchlichen Wundstreupulver Airol, Dermatol, Noviform, Jodoform etc., die entweder überhaupt nicht mehr zu haben oder ungeheuer teuer sind (z. B. Jodoform 1100 Mark pro kg) empfiehlt Verf. das Boluphen, eine Kombination von Phenol, Formaldehyd und Bolus. Die Substanz wird unter der Wirkung der Gewebssäfte in Formaldehyd und ein geruchloses Phenolderivat zerlegt. Boluphen ist ein farb- und geruchloses Pulver von starker aufsaugender Wirkung. Das Mittel wurde in der chirurgischen Abteilung des Schöneberger Krankenhauses in Pulverform bei oberflächlichen Hautwunden, ferner bei stinkenden Wunden mit gutem Erfolg verwendet, ferner bei Operationswunden und Verletzungen in der Analgegend. 10—20 proz. Boluphensalben kamen bei granulierenden Wunden zur Verwendung. Ekzeme oder Dermatitiden wurden nach Boluphen nicht gesehen. L.

Prof. Dr. **M. zur Verth**: **Mechanik und System des Fersenbeinbruches.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 39.)

Die Fersenbeinbrüche können nur durch eine Würdigung der Mechanik des Fersenbeines und seines Bruches erklärt werden. Zur ersten Gruppe der Fersenbeinbrüche gehören die Aussprengungen und Absprengungen. Verf. sah sie in der Mehrzahl der Fälle im Seekrieg durch den blitzschnellen Stoß entstehen, den durch Explosion in den unteren Räumen oder im Wasser gehobene Decks auf ihnen stehenden Menschen mitteilen. Hier ist ausschließlich die Längskompression des Knochens wirksam. Die zweite Gruppe der Fersenbeinbrüche umfaßt die einfachen und kombinierten Bruchlinien und zwar Schrägbrüche, Querbrüche, Bogenbrüche, horizontale Längsbrüche, Kombinationen und unregelmäßige Bruchlinien. Als dritte und schwerste Gruppe kommen die Trümmer- und Verrenkungsbrüche in Betracht; sie entstehen durch Sprengungen des Knochengerüstes unter Plantar- und Dorsalflexion. Hh.

Oberarzt **Wilhelm Scheidtmann** (Berlin): **Yatrengaze in der Wundbehandlung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 27.)

Als guten Ersatz der Jodoformgaze empfiehlt Verfasser auf Grund der Erfahrungen der chirurgischen Abteilung des St. Hedwigs-Krankenhauses in Berlin die Yatrengaze. Yatren ist bekanntlich ein Jodderivat des Benzolpyridins. Die Gaze wurde bei allen eitrigen und infizierten Wunden, besonders in der Mastdarmchirurgie, gebraucht, zur Tamponade übelriechender, nekrotisierender Gewebspartien, bei Abszessen, Phlegmonen usw. In allen Fällen erfolgte schnelle Austrocknung der eitrigen, sezernierenden Wunden, eine rasche Abstoßung der nekrotischen Gewebsteile, eine frühzeitige Bildung guter frischer Granulationen und bei stark jauchigen und stinkenden Abszessen ein schnelles Schwinden des fötiden Geruchs. Niemals traten störende Nebenwirkungen auf. L.

Pharmakologie und Toxikologie.

Prof. Dr. **G. Boehm** (München): **Ueber ein neues Kampferpräparat, Cadechol.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 29.)

Privatdozent Dr. **Nonnenbruch** (Würzburg): **Cadechol.** (Münch. med. Wochenschrift 1920, Nr. 29.)

Cadechol ist eine Verbindung von natürlichem, chemisch reinem Japankampfer mit einer Gallensäure, der Desoxycholsäure; die Verbindung wurde von Wieland und Sorge dargestellt. Wieland hat beobachtet, daß die Desoxycholsäure sich nicht nur mit höheren Fettsäuren, sondern auch mit aromatischen Substanzen, wie Naphthalin, Phenol, Kampfer zu chemisch wohlcharakterisierten Verbindungen vereinigt, Verbindungen, welche sich leicht und unzersetzt in schwach alkalischen Lösungsmitteln lösen, bei saurer und neutraler Reaktion dagegen unlöslich sind. Demgemäß löst sich Cadechol nicht im Magen, sondern erst im Darm und eignet sich daher für die perorale Medikation. Boehm hat Cadechol in der II. Münchener medizinischen Universitätsklinik 3 Jahre hindurch einer klinischen Prüfung unterzogen. Cadechol enthält 17proz. Kampfer. Die anfangs gegebene Dosis 0,5 g Cadechol erwies sich als zu groß, in einem Falle traten darnach Muskelkrämpfe und ein Aufregungszustand auf. Dagegen wurde 0,3 g entsprechend 0,05 Kampfer, 2—3mal täglich, immer gut vertragen. Cadechol wird jetzt in Tabletten zu 0,1 g von der Firma Boehringer, Nieder-Ingelheim a. Rh., in den Handel gebracht. Man gibt das Mittel zweckmäßig nach der Nahrungsaufnahme; am besten 5—6 mal täglich in kleinen Dosen; die Wirkung tritt nach 1—3 Stunden ein und ist relativ flüchtig. B. sah sehr gute Erfolge bei verschiedenen Herzaffektionen; frustane Ventrikelkontraktionen bei Herzinsuffizienz infolge von Vorhofflimmern wurden beseitigt oder vermindert; die Herzaktion wurde ruhiger, das Allgemeinbefinden gebessert. Das Vorhofflimmern selbst wurde auch durch längere Cadecholgaben nie beeinflußt. Bei schwer dekompensierten Klappenfehlern bewährte sich das Präparat in Kombination mit der Digitalistherapie vielfach, besonders wenn die Digitaliswirkung sich nach langer Verabreichung erschöpft hatte, oder wenn infolge von Ueberdosierung Digitalisschädigungen verschiedener Art sich eingestellt hatten. Auch Digitalisbradykardie und Digitalisbigeminie verschwand unter Cadechol schneller als früher beim Aussetzen der Digitalis. Bei einigen schweren Fällen von Insuffizienz, bei denen weder Digitalis noch Cadechol allein genügend wirkten, ergab die Kombination beider Mittel gute Wirkung. Sehr bewährte sich das Mittel auch bei Kreislaufstörungen durch Gefäßlähmung auf infektiös-toxischer Grundlage (Grippe, kroupöse Pneumonie, Typhus usw.). In einigen Fällen von Angina pectoris wurden unter Cadechol die stenokardischen Anfälle seltener oder blieben zeitweilig ganz aus.

Auch Nonnenbruch hat mit Kampfer eine gute Kampferwirkung erzielt. Er empfiehlt das Mittel hauptsächlich bei anhaltenden, sich langsam entwickelnden Zuständen von Kreislaufschwäche, besonders im Verlauf von akuten Infektionskrankheiten sowie bei primären Herzerkrankungen. Er gibt 6—20 Tabletten täglich. Die subkutane Kampferinjektion kommt dann nur noch für die akuten Zustände von Kreislaufschwäche und Kollaps in Frage, wo eine möglichst rasche Wirkung nötig ist. L.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Pädiatrische Sektion.

(Eigenber. d. Allgem. med. Central-Ztg.).

Sitzung vom 11. X. 20.

Vorsitz: Herr **Finkelstein.**

Tagesordnung:

Beitrag zur Frage der Fett-Bildung aus Kohlenhydraten beim Menschen.

Frl. **Baumgardt:** Die Lösung der Frage: Stammt das Körperfett aus dem Eiweiß oder den Kohlehydraten der Nahrung? ist auch für den Kinderarzt wichtig. Nach den bisherigen Untersuchungen erscheint die Fettbildung aus Kohlehydraten wahrscheinlich. Vortr. hat im Zuntz'schen Laboratorium im Selbstversuch die Frage der Fettbildung aus Kohlehydraten untersucht. Sie benutzte dazu als Indikator den respiratorischen Quotienten CO_2 : O. Hier wird aus einer O-reichen Verbindung eine O-arme; es wird also O frei. Die Abgabe von CO_2 wird also die Aufnahme von O übersteigen. Der respiratorische Quotient wird größer als 1 werden. Das haben die Versuche bestätigt. Nur Kohlehydrate aufzunehmen, war unmöglich, weil dabei die Sekretion der Verdauungsorgane Schaden leidet. Vortr. nahm 70 g Eiweiß täglich auf. In den 5 Tagen lebte sie nur von Kuchen und Mehlbrei. Dazu kam noch ein Likör. Der Alkohol sollte auch Brennmaterial liefern. Auf 60 kg Körpergewicht nahm sie 3500 Kalorien auf. Der respiratorische Quotient stieg schon 2—3 Stunden nach den Mahlzeiten über 1. Der reichliche Alkohol liefert aber nur einen niedrigen Quotienten. Die Umwandlung von Stärke in Fett geht ohne Energieverlust vor sich; 1 g Stärke kann 0,4 Fett bilden. Dem Ueberschuß von 240 ccm CO_2 entsprechen 0,4 Fettbildung. Das Eiweiß wird nicht zur Fettbildung herangezogen. Das beweist die gleichzeitig vorgenommene Harnanalyse.

Die Rolle der Kohlehydrate in der Ernährung ist damit noch nicht geklärt. Mit dem Fett nehmen wir nicht nur Verbrennungsstoffe, sondern auch Lipoide auf, die für die Gesundheit von großer Bedeutung sind. Sie sind lebenswichtig. Im menschlichen Körper kann also wohl aus Kohlehydraten Fett entstehen. Sie sind nur dynamisch, nicht qualitativ dem Nahrungsfett gleichwertig.

Aussprache.

Herr **F. Hirschfeld:** Die Vortr. hat, um Fett aufzuspeichern, 1400 Kalorien über Bedarf aufgenommen. Wie gestalteten sich die Gewichtsverhältnisse?

Herr **Zondek** sah in einem Fall von Dystrophia genitalis den Quotienten bis auf 1:3 steigen. Sicher war hier der Uebergang der Kohlehydrate in Fett. Der Fall war freilich pathologisch.

Frl. **Baumgardt:** Der Gewichtsansatz in Form von Fett entspricht dem Ueberschuß von Kalorien, wenn auch nicht vollständig. Das Körpergewicht zeigte keine großen Differenzen. Die reichlichere Nahrung war nur an den Versuchstagen möglich.

Zur Begründung der Milchverdünnungen in der Säuglingsernährung.

Herr **J. Levy:** In Frankreich fängt die Säuglingsernährung schon mit $^2/_3$ Milch an. In Deutschland fand Biedert das Ueberwiegen des Kaseins in der Kuhmilch, nahm letzteres als schädlich für den Säugling an und eliminierte es durch Verdünnung. Die Erfahrungen mit der Eiweißmilch u. a. führten zum Sturz der Biedert'schen Theorie. Bei gleicher Ernährung erfordert gezuckerte Halbmilch 200,0 Nahrungsmenge pro Kilo Körpergewicht, während das Brustkind mit 150,0 gestillt wird. Auch werden Mineralien und andere Ergänzungsstoffe durch die Verdünnung eingeschränkt. Somit fehlt ein theoretischer Beweis für die Notwendigkeit der Milchverdünnung. L. unternahm eine praktische Prüfung der Frage. Er benutzte Vollmilch, $^3/_4$ Milch, $^2/_3$ Milch und Halbmilch. Ganz junge Säuglinge von 1—8 Wochen wurden ausgewählt; denn die älteren gedeihen schließlich bei jeder Nahrung schlechtweg. Auch untergewichtige Säuglinge von noch nicht 2350 g wurden berücksichtigt. Es waren im ganzen 294 Kinder. Die Halbmilch brachte in 83,9% Ernährungsstörungen: schlechte Stühle, Erbrechen, Temperaturanstieg und Gewichtsverlust. Dazu kommt das sozial ungünstige Milieu. Bei $^2/_3$ Milch waren die Störungen geringer, noch seltener bei $^3/_4$- und Vollmilch. Die Durchschnittswerte zeigen die Unterlegenheit der Halbmilch gegen die konzentrischen Mischungen.

Die Wirkung zeigt sich bei besonders empfindlichen Kindern noch exakter; diese mußten oft, um gerettet zu werden, auf andere Kost und selbst Brustnahrung gesetzt werden. Die Zahl der Todesfälle betrug bei Vollmilch 0, bei $^3/_4$ Milch 2,36%, bei $^1/_2$ Milch 9,6%. Hier kommen neben Ernährungsstörungen Infektionen in Betracht, denen die schlechter genährten Kinder besonders leicht erliegen. Die konzentrierte Nahrung bietet also größere Immunität.

Bei $^1/_2$ Milch zeigten sich nur 17,8%, bei Vollmilch 43,5% Erfolge, d. h. die Kinder nahmen zu, ohne je Ernährungsstörungen gezeigt zu haben. Man kann also auch junge Säuglinge mit konzentrierten Milchmischungen vorteilhafter als mit Halbmilch ernähren.

Die Bilanzstörungen wurden durch die vorsichtige Dosierung nach dem Kilo-Körpergewicht und durch Regulierung der Zuckermenge zur Erhaltung der nötigen Kalorienzahl vermieden. Denn die Hauptsache ist die Befriedigung des kalorischen Bedürfnisses. Unnormal ist die Bewältigung von 200 g Nahrungsmenge pro Kilo Körpergewicht, die dem mit Halbmilch gefütterten Säugling zugemutet wird. In den besten Perioden erhielten die Kinder bei Vollmilch 111, bei $^3/_4$ Milch 115, bei $^2/_3$ Milchkost 107, bei Halbmilch 99 Kalorien pro Kilo. Das erklärt die große Zahl der Versager bei Halbmilch. Man kann solche Kinder eben nicht großziehen. Man sollte ihnen, wenn nötig, stärkere Konzentrationen geben. Bei Vollmilch muß man freilich an die Gefahr der Ueberernährung denken. Das beste wäre $^3/_4$ Milch.

Aussprache.

Herr **Niemann:** Man sieht jetzt eher verhungerte als überfütterte Kinder. Gerade in den ersten Wochen ist die Unterernährung zu fürchten. Je frischer die Milch ist, desto eher gelingt die konzentrierte Ernährung. Vom 6. Monat ab werden die Säuglinge empfindlicher gegen Vollmilch.

Herr **Buttermilch:** Die vielen Ernährungsstörungen bei stark verdünnter Milch wurden in dem Ausmaß früher nicht gesehen.

Herr **Davidsohn:** Der Hospitalismus ist in allen seinen Faktoren gerade bei den Säuglingen zu bekämpfen. Die parenteralen Infektionen sind ebenso schädlich, wie die Unterernährung; durch Speien kann ein Säugling bis zu ¾ der Ernährung einbüßen. Die Kalorienzufuhr mußte er oft bis zu 140 pro Kilo steigern. Anreicherung mit Eiweiß war oft nützlicher als die mit Kohlehydrat. Auch mit Fett kann man die Nahrung mit Erfolg anreichern. Das beste war aber die Eiweißmilch.

Herr **Finkelstein:** 100 g Milch pro Kilo und $^1/_{100}$ des Körpergewichts an Zucker, diese Buder'sche Zahl ist immer noch die bewährte. Nur durch Zusatz von 3—5 g Zucker und mehr zur Vollmilch kann man die Gefahr der Ueberernährung allmählich beseitigen.

Herr **Levy** (Schlußwort): Die Fälle wurden in sämtlichen Jahreszeiten beobachtet.

(Schluß folgt.)

IV. Bücherschau.

Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten von Dr. **Erich Hoffmann,** a. o. Professor und Direktor der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten an der Universität Bonn. Dritte vermehrte Auflage. Bonn 1920, A. Marcus & E. Weber's Verlag. 167 S. br. M. 14, geb. M. 18.

Das vor 3 Jahren zum ersten Male erschienene Buch, ursprünglich eine Sonderausgabe des betreffenden Teiles der „Therapie an den Bonner Kliniken", bringt auf verhältnismäßig knappem Raum ein reichhaltiges Material und ist in erster Linie dem Praktiker als Nachschlagewerk zu empfehlen. Obgleich die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten das eigentliche Thema bildet, finden sich auch zahlreiche diagnostische Hinweise und Winke für die diagnostische Technik. So gibt Verf. eine Anleitung zum Nachweis der Spirochäte pallida in Primäraffekten, Papeln usw. Das Buch bietet also mehr, als der Titel erwarten läßt. In der neuen Auflage wurden eine Anzahl von Ergänzungen und Verbesserungen aufgenommen, besonders auf dem Gebiet der physikalischen Methoden, der Salvarsanbehandlung und der Urogenitaltuberkulose. Der neuen Auflage wird der gleiche Erfolg wie den beiden vorangegangenen beschieden sein. L.

Leitfaden der medizinisch-klinischen Propädeutik. Von Prof. Dr. **F. Külbs** (Köln). Zweite Auflage. Berlin, 1920, Verlag Julius Springer. 164 Seiten, 80 Textabbildungen. Preis brosch 9 M.

Die medizinisch-klinische Propädeutik von Külbs hat rasch nacheinander zwei Auflagen erlebt, ein Zeichen dafür, daß sie den Anforderungen entspricht, die man an ein gutes Buch dieser Art stellen kann. In der Tat hat das handliche Büchlein eine ganze Reihe großer Vorzüge. Die Anordnung ist übersichtlich und prägnant. Die Sprache ist klar und exakt. Die Erklärungen führen auch die schwierigsten Stellen dem Verständnis leicht nahe. Besondere Anerkennungen verdienen die prächtigen Abbildungen, die an Klarheit und Instruktivität nichts zu wünschen übrig lassen. Vielfach hat Verf. die alten unklaren und verwirrenden Begriffe durch einfachere und neuere ersetzt. Wertvoll ist die größere Berücksichtigung der Inspektion und Palpation, welche in früheren Lehrbüchern zu stiefmütterlich behandelt wurde.

Wenn auch der Leitfaden in der Hauptsache für den Studierenden bestimmt ist, um ihm in seinem Kursus der Diagnostik beratend zur Seite zu stehen, so kann er auch dem älteren Arzte durchaus empfohlen werden. Bringt er doch die medizinisch-klinische Propädeutik nicht vorwiegend von dem anatomischen Gesichtspunkt, wie ihn die älteren Lehrbücher und Kurse zur Grundlage hatten, sondern unter Hervorhebung der funktionellen Momente, die die heutige Medizin besonders pflegt.

Druck, Papier und Ausstattung des Büchleins sind so vorzüglich, daß sie von der Papiernot unserer Zeit nichts verraten. Hh.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Der Polizeipräsident teilt betreffend Ausführung des Krüppelfürsorgegesetzes vom 6. Mai 1920 folgendes mit:

Als diejenige Stelle, an welche die in den §§ 3, 4 und 5 des Gesetzes vorgesehenen Anzeigen zu richten sind, ist gemäß § 6 des Gesetzes der staatliche Kreisarzt bestimmt.

Die anzeigepflichtigen Personen (Aerzte, Hebammen, Krankenpflegepersonen, Fürsorgeorgane) werden gebeten, die Anzeigen mittels eventl. unfrankierter Karten oder Briefe an den für den Wohnort des Krüppels zuständigen Kreisarzt zu übersenden. Die Kreisärzte sind angewiesen, derartige unfrankierte Sendungen anzunehmen. Um dieses zu ermöglichen, ist es erforderlich, die Sendungen auf der Anschrift durch besondere Bezeichnung „Krüppelfürsorge" kenntlich zu machen. Die Anzeigen müssen enthalten:

a) den Namen und Vornamen des krüppelhaften Kindes,
b) sein Geburtsjahr und Geburtsdatum,
c) den Namen und Stand der Eltern oder der Personen, bei denen es wohnt,
d) seinen Wohnort mit Straßenbezeichnung,
e) eine kurze Angabe über die Art der Verkrüppelung,
f) die Unterschrift des Anzeigenden und das Datum der Anzeige.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der frühere Oberstabzarzt Geh. Regierungsrat Prof. Dr. Kleine wurde zum Abteilungsleiter beim Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin ernannt.

Göttingen. Der a. o. Professor für gerichtliche Medizin an der hiesigen Universität Geh. Med.-Rat Dr. Lochte wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

Düsseldorf. Prof. Bürgers (Leipzig) erhielt die Professur für Hygiene und Bakteriologie und die Leitung des hiesigen hygienischen Instituts.

Leipzig. Prof. Dr. Thomas vom Kaiser-Wilhelm-Institut für Arbeitsphysiologie in Dahlem wird das durch den Tod von Prof. Siegfried erledigte Ordinariat für physiologische Chemie übernehmen.

München. Prof. Friedrich v. Müller, der bekannte Kliniker, zurzeit Rektor der hiesigen Universität, wurde von der philosophischen Fakultät zum Dr. phil. honor. causa ernannt.

Würzburg. Der frühere ordentliche Professor an der Straßburger Universität Dr. Franz Hofmeister wurde in der hiesigen medizinischen Fakultät ordentlicher Honorarprofessor für physiologische Chemie.

Freiburg. Der a. o. Professor für Geschichte der Medizin Dr. med. et phil. Diepgen, der die Berufung nach Würzburg abgelehnt hat, wurde zum ordentlichen Honorarprofessor in der medizinischen Fakultät ernannt. — Im fast vollendeten 73. Lebensjahr starb der a. o. Professor und Direktor der hiesigen Universitätsohrenklinik Dr. Emil Bloch. Seit 1886 Assistent an der hiesigen Universitätspoliklinik für Ohrenkranke, hatte er sich 1892 als Privatdozent habilitiert und die Leitung der Poliklinik übernommen; 1898 wurde er zum a. o. Professor ernannt und begründete 1899 die hiesige stationäre Universitäts-Ohrenklinik.

Stockholm. Das Karolinische Institut hat den medizinischen Nobelpreis für 1919 dem bekannten Immunitätsforscher Prof. Dr. Jules Bordet in Brüssel, den medizinischen Nobelpreis für 1920 dem Physiologen Prof. Dr. August Krogh in Kopenhagen verliehen. Aus Bordet's Untersuchungen über Hämolysine und Komplemente entstand diejenige Forschungsrichtung, die im weiteren Verlauf zur Entdeckung der Wassermann'schen Reaktion führte. Bordet ist gegenwärtig Direktor des Institut Pasteur in Brüssel. Weniger bekannt sind die wissenschaftlichen Leistungen Krogh's, welche sich auf die Physiologie des Blutes und der Atmung beziehen.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Die 37. Jahresversammlung der Balneologischen Gesellschaft wird vom 16. bis 20. März 1921 in Wiesbaden tagen, und zwar in Gemeinschaft mit dem Allgemeinen Deutschen Bäderverband, der Zentralstelle für Balneologie, dem Standesverein reichsdeutscher Badeärzte und anderen Organisationen des Bäderwesens.

Während der Balneologenkongreß gewöhnlich in Berlin tagt, ist dieses Mal aus ganz besonderen Gründen zum Ort der Tagung Wiesbaden gewählt worden: die schöne Bäderstadt am Taunus soll als Vertreterin der Kurorte in den besetzten Gebieten Westdeutschlands die Freunde des Bäderwesens bei sich sehen. Es ist bekannt, wie sehr der Besuch der Kurorte in den besetzten Gebieten durch das unbegründete Vorurteil gelitten hat, als sei eine Reise dorthin und der Aufenthalt dortselbst mit besonderen Schwierigkeiten verbunden. Dabei wird zugleich die Zugehörigkeit unserer deutschen Brüder in den besetzten Gebieten zu uns zum Ausdruck gebracht werden; sie sollen empfinden, daß wir uns in ihrer schwierigen Lage mit ihnen eins fühlen.

Die wissenschaftlichen Tagungen des Balneologenkongresses sind öffentlich. Neben anderen balneologischen Vorträgen wird als Hauptthema „Die klimatische und balneologische Behandlung der inneren und chirurgischen Tuberkulose in deutschen Kurorten" erörtert werden. Einer baldgefälligen Anmeldung von Vorträgen und Demonstrationen sieht der Generalsekretär der Balneologischen Gesellschaft, Geheimrat Dr. Brock, Berlin NW, Thomasiusstr. 24, entgegen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO16, Cöpenicker Straße 114.



Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025–0,05 0,1–0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05–0,1–0,15 0,2–0,25–0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 0,01–0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:

Kreosot 0,05–0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45 %, Haemoglobin 9 %, peptonis. Muskeleiweiß 46 %.

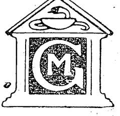
Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:

Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) Jasper 0,05
scat. unam orig.

Nur echt in geschlossener Originalschachtel.

Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
Bernau bei Berlin.

Kiesel brunnen

Silicium- Heilquelle

Alkalischer **Mineralbrunnen,** ausgezeichnete Wirkung auf die Atmungs- und Verdauungsorgane, Stoffwechsel fördernd.

Vorbeugend und heilend bei

Infektionskrankheiten, Lungenleiden, Magen- und Blasenkatarrhen und Nierenleiden

Prospekte durch:

Glashäger Mineralquellen G.m.b.H., Doberan i. M.

Dumex-Salbe

ärztlich erprobt und empfohlen

in der Therapie von alten, schlecht granulierenden Wunden

besonders Unterschenkelgeschwüren, Krampfadern, Phlebitis, spätsyphilitischen Geschwüren, Durchscheuerungen der Amputationsstümpfe, Hämorrhoiden, Knotenbildungen u. Juckreizen im After, Wundsein u. Durchliegestellen bei Erwachsenen u. Kindern, bei Hautreizungen, Frostwirkungen, Verbrennungen aller Art, trockenen und nässenden Flechten, Favus, Ekzemen, Pruritus, rissiger Haut, Intertrigo, Neuritis, sowie anderen Entzündungen usw.

Wirkt schmerzlindernd und juckreizstillend.

Literatur und größere Muster zu Diensten.

Erhältlich in den Apotheken à Schachteln zu 2,50, 6,— u. 14.— M.

Laborator. Miros, Dr. Kurt & H. Seyler
Berlin N.O. 18 Gr. Frankfurterstraße 80 81

Chloraethyl „Henning"

Narkose, lokale Anästhesie

Glasflaschen mit Schraubverschluß

Glasflaschen mit automatischem Verschluß zum Wiederfüllen

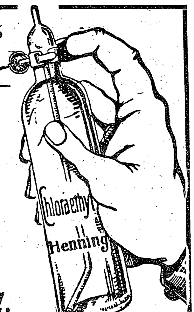
Graduierte Flaschen mit Momentverschluß für Narkosen

METAETHYL

Mischung von Chloraethyl u. Chlormethyl, wirkt rasch u. intensiv

Nur in Apotheken erhältlich

Dr. G. F. Henning, Chem. Fabrik, Berlin N 37.





Von vorzüglicher Wirkung bei Erkrankungen des Mastdarms und bei Hämorrhoidalleiden.
Antiseptisch, adstringierend, granulationsbildend, heilend, und schmerzstillend.
Jahrelang von med. Autorität erprobt.
Fettgrundlage: reinste Cacaobutter.

Proben stehen den Herren Ärzten zur Verfügung!

Th. Franz & Co Halle a. S.
Tefraco-Werk: Abtlg. Pharm. Präparate

Bestandteile: Metadioxybenzol, Bismuth subgallic., Zinc. oxyd. Bals. peruv., Ol. Cacao.

Der

Bonifaziusbrunnen

Bad Salzschlirf



ist altbewährt

als Heilmittel gegen Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden

Alle Drucksachen frei durch die Kurverwaltung



Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang | Berlin, 13. November 1920 | No. 46

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung



89. Jahrgang **Berlin, 13. November 1920** **No. 46**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die chirurgische Behandlung der Nephritis.

Von Dr. med. **Wilhelm Karo**, Berlin.

M. H.! Fast 20 Jahre sind vergangen, seit Edebohls die chirurgische Behandlung der Nierenentzündung durch die doppelseitige Dekapsulation empfohlen hat. Dennoch sind auch heute noch die Ansichten über den Wert resp. die Berechtigung der operativen Therapie sehr geteilt. Meist begegnet man bei Internisten nicht nur, sondern auch bei Chirurgen einem ungläubigen Kopfschütteln, wenn man von erfolgreicher Operation bei Nephritikern spricht. Liegen, wie wohl meistens bei richtiger Indikationsstellung, gute Resultate vor, so heißt es allgemein, daß man auch ohne Operation viele Fälle heilen kann, daß, wie so oft, ein post hoc noch nicht ein propter hoc zu sein braucht. Wenn ich daher in Ihrem Kreise dieses Thema zur Sprache bringe, so liegt der Grund darin, daß ich mich seit 15 Jahren eingehend mit der Chirurgie der Nephritis beschäftigt habe und so einwandsfreie Resultate erzielen konnte, daß an der Berechtigung der Operation nicht mehr gezweifelt werden darf. Ich verfüge im ganzen über 14 Fälle. Die relativ kleine Zahl rührt davon her, daß ich prinzipiell nur chronische Fälle operiert habe und mich immer erst zu der Operation entschließen konnte, wenn alle anderen therapeutischen Maßnahmen erschöpft waren.

Dies gilt namentlich auch für die Fälle von schwerster Urämie und Anurie, die ja von mancher Seite als einzige Indikation für die Dekapsulation angegeben wird. Meiner Meinung nach zu Unrecht, denn eine genau so zwingende Indikation sind die Fälle von heftigen Nierenkoliken oder heftigen Blutungen, wie sie bei Nephritis durchaus nicht so selten auftreten; hier wirkt die Dekapsulation oft verblüffend rasch und nachhaltig.

Unter meinen 14 Fällen befinden sich 5 Fälle von akut einsetzender Urämie bei chronischen Nephritiden mit Anurie, Bewußtlosigkeit und Krämpfen. Vier von diesen Fällen wurden durch die Dekapsulation gerettet; nur einer starb. Es handelte sich um einen 48jährigen Schauspieler, bei dem seitens eines Ophthalmologen eine schwere Nephritis festgestellt worden war. Der Kranke bekam wenige Wochen, nachdem er in meine Behandlung getreten, eine schwere Niereninsuffizienz, die sich in wenigen Tagen zu kompletter Anurie und Urämie steigerte. Es bestand komplette Amaurose. Nachdem die Anurie 4 Tage lang trotz sachgemäßer klinischer Behandlung, trotz wiederholter Aderlässe angehalten, wurde um 18. 6. 19 unter Splanchnikusanästhesie nach Kappis die doppelseitige Nierendekapsulation vorgenommen. Beide Nieren zeigten das typische Bild der Schrumpfniere. Nierenkapsel beiderseits leicht abziehbar, die Nieren selbst nur wenig geschwollen, zyanotisch. Dauer der Operation 20 Minuten. Durch die Operation kam zwar die Diurese wieder in Gang (es wurden innerhalb der ersten 5 Stunden post operationem 850 ccm Harn abgesondert), trotzdem ging der Kranke in der 8. Stunde nach der Operation zugrunde. Ob an fortschreitender Urämie oder durch Novokain-Intoxikation infolge der Lokalanästhesie wage ich nicht zu entscheiden. Auffallend war mir jedenfalls, daß der Kranke, der vor der Operation auf Anruf noch reagierte, unter dem Einfluß des Novokains in vollständige Bewußtlosigkeit verfiel, aus der er trotz Wiedereintritts der Nierenfunktion nicht mehr erwachte. Jedenfalls ist dieser Kranke der einzige unter meinen Fällen, der unmittelbar nach der Operation gestorben. Ich stehe nicht an, die Nierendekapsulation in Fällen von Anurie als Methode der Wahl zu empfehlen. Ebenso prompt beseitigt die Dekapsulation der Nieren die schweren urämischen Symptome, wie Kopfschmerzen etc., bei noch erhaltener Diurese. So operierte ich Oktober 19 einen 26 jährigen Kaufmann, der seit 3 Jahren an chronischer Nephritis erkrankt war und seit 1½ Jahren infolge dauernder heftigster Kopfschmerzen und Augenflimmern völlig arbeitsunfähig geworden war. Der Eiweißgehalt betrug 2½ ‰, der Blutdruck 160. Diurese durchschnittlich 1000. Keine Oedeme. Durch die in Lokalanästhesie vorgenommene Nierendekapsulation wurde der Kranke von seinen Beschwerden befreit. Der Eiweißgehalt ging auf 0,5 ‰ herab; der Kranke ist wieder arbeitsfähig; er ist noch weiter in Behandlung, so daß ein endgültiges Urteil über die Beeinflussung des dem Symptom zugrunde liegenden Morbus Brightii noch nicht abgegeben werden kann.*)

Von den Fällen, in denen nicht urämische Symptome, sondern lediglich die Grundkrankheit, d. h. der den konservativen Behandlungen gegenüber refraktäre Morbus Brightii die Indikation zur Dekapsulation abgab, ist nur ein Fall als direkte Folge der Operation gestorben. Es handelte sich um ein 24jähriges Mädchen, das seit seiner Kindheit an schwerster Nephritis litt. Eiweißgehalt 12 ‰. Im Harn massenhafte hyaline, granulierte, gelegentlich vereinzelte Wachszylinder. Diurese durchschnittlich 1—1½ l pro Tag. Keine Oedeme, geringer Aszites. Herz labil, nicht verbreitert. Während eines sechswöchentlichen klinischen Aufenthaltes war trotz sorgfältigster diätetischer resp. medikamentöser Behandlung keine Besserung zu erzielen. Die mehrfach ausgeführte Renovaskulinprobe ergab hochgradigste Herabsetzung der Nierenfunktion. (Die Zuckerausscheidung dauerte

*) Nachtrag bei der Korrektur: Patient ging Oktober 1920 an Urämie zu Grunde. Die Operation hat also sein Leben nur um 1 Jahr verlängern können.

5 Tage.) Der Blutgefrierpunkt war auf δ = 0,7 erniedrigt. Am 26. 2. in Aethernarkose doppelseitige Nierendekapsulation. Beide Nieren, stark vergrößert, zeigten das Bild der großen bunten Niere. Die fibröse Kapsel war an vielen Stellen intensiv verwachsen. Dauer der Operation 46 Min. Im Anschluß an die Operation stellte sich eine fast vollständige Anurie ein. In den ersten 48 Stunden wurden nur 10 ccm Harn produziert. Am 5. Tage p. o. 100; in den folgenden Tagen zusehends Herabgehen der Nierenfunktion. Die Kranke ging am 9. Tage nach der Operation an Urämie zugrunde. Alle meine anderen Fälle von schwerer, der internen Therapie trotzender chronischer Nierenentzündung haben die Dekapsulation der Nieren gut überstanden und sind durch die Operation wieder arbeitsfähig geworden. 2 Fälle sind klinisch vollkommen geheilt, d. h. Eiweiß und Zylindergehalt des Harns sind verschwunden, die Kranken beschwerdefrei. Einige meiner Operationen liegen schon viele Jahre zurück, ohne daß Rezidive eingetreten sind. Jedenfalls sind die Resultate derartig, daß wir selbst bei größter Skepsis den segensreichen Einfluß der Operation nicht leugnen können. Ich betone nochmals, daß ich nur solche Fälle operiert habe, die trotz lange fortgesetzter konservativer Behandlung keinerlei Besserung weder in klinischer noch in funktioneller Hinsicht zeigten.

Zusammenfassend möchte ich daher folgende Leitsätze aufstellen: die von Edebohls inaugurierte Nierendekapsulation ist ein nicht lebensgefährlicher Eingriff, der auch in schwersten Fällen von Nephritis versucht werden darf. Die Operation ist indiziert in nichtkomplizierten Fällen von chronischem Morbus Brightii, wenn die interne Therapie sich als machtlos erwiesen hat. Die Operation ist unter allen Umständen geboten bei schweren urämischen Anfällen, bedingt durch Anurie. Hier wirkt die Operation direkt lebensrettend. Weiterhin ist die Operation geboten in den Fällen von Nephritis dolorosa und von hämorrhagischer Nephritis. Hier genügt meist die Dekapsulation einer Niere, in allen anderen Fällen ist die doppelseitige Dekapsulation vorzuziehen. Die Operation wird zweckmäßig in Aethernarkose ausgeführt.

Physikalische Therapie und Hautimmunität.

Von Dr. **Ludwig Veilchenblau** in Arnstein (Ufr.).

Zurückgreifend auf die Bloch'schen Ausführungen hat Hoffmann[1]) seine Anschauungen über die Esophylaxie, d. h. die nach innen gerichtete Schutzfunktion der Haut, dargelegt, Walter Krebs[2]) hat im Anschluß hieran auf die Beziehungen der Esophylaxie zur physikalischen Therapie hingewiesen. Wenn ich hierzu Stellung nehme, so geschieht es, um den Grundlagen für diese Schutzfunktion, die ich bereits anderwärts dargetan[3]), die praktische Würdigung angedeihen zu lassen. Ich faßte die Wirkung des Immunitätssystems der Haut in dem Satz zusammen: sessile Rezeptoren der Haut werden im geeigneten Augenblick mobilisiert, d. h. ins Blut abgestoßen. Ich führte für diese Erscheinung die Exantheme an, nosonoxische und chemonoxische, begründete diese Erscheinung im Verlauf der Syphilis mit der Unmöglichkeit der Reinfektion am Drahtverhau der Hautrezeptoren, mit der Entstehung der Papeln am Genitale und der Plaques, besprach unter diesem Gesichtspunkte die Salvarsandermatitis (besonders die Silbersalvarsandermatitis), Arzneiexantheme (besonders nach Luminal- und Nirvanolgebrauch), das Quinckesche Oedem, insbesondere besprach ich dann noch u. a. das Auslöschphänomen bei Scharlach, den Pirquet, um dann auf die physikalische Therapie der Tuberkulose überhaupt zu kommen, Beispiele genug, eben um die allgemeine Gültigkeit der These zu zeigen. Wenn nun Krebs von Leistungssteigerung spricht, so sehe ich nicht im leisesten einen Gegensatz zwischen uns beiden; meine Aufgabe erblicke ich darin, im speziellen zu zeigen, wie sich diese Schutzfunktion der Haut vollzieht.

Nehmen wir an, daß der Körper sich im stetigen Kampf gegen Noxen befindet, an dem sich auch die Haut kraft der in ihr deponierten Reserven beteiligt (sessile Rezeptoren), so erwächst ihr die Doppelaufgabe, 1. gebildete Rezeptoren zu deponieren, 2. fortwährend gegen die immerwährenden Noxen sessile Rezeptoren zu mobilisieren; diese Aufgabe wird erfüllt, wenn eine gleichmäßige Durchblutung, d. h. geregelte Beförderungsverhältnisse, gegeben sind. Findet hier, d. h. im Transportsystem des Körpers, eine Unterbrechung statt, so leidet die Schlagfertigkeit des Körpers; d. h.: sind im Falle einer Erkältung der Haut durch Feuchtigkeit oder dergl. die Hautgefäße längere Zeit kontrahiert, so kann es einer Noxe gelingen, sich im Körper breit zu machen, der er sonst bei geordneten Verkehrsverhältnissen sofort mit den (aus früheren latent verlaufenen, überstandenen Infektionen) sessilen Rezeptoren aus den Hautdepots begegnet wäre. Zu diesen Erkrankungen, die also in Frage kommen, gehört in erster Linie die Polyarthritis rheumatica. Daß sie eine Infektionskrankheit ist, ist längst bekannt; daß die Haut in ihrer Bekämpfung eine wesentliche Rolle spielt, daß Abwehrprodukte im Verlauf in der Haut gebildet werden, beweisen nicht nur jene Fälle von exanthematischen Gelenkrheumatismen, von urtikariellen und hämorrhagischen (auch gemischten) Prozessen, besonders bei schwereren Erkrankungen, sondern auch die Selbsthilfe des Körpers in der Haut, wie ich es nennen möchte, jene Neigung zu Schweißausbrüchen, die eben auch dem unbehandelten Gelenkrheumatismus eigen ist. So ist die Salizylbehandlung weiter nichts, als eine Unterstützung der Hautimmunitätsvorgänge: durch die den Salizylpräparaten und der Antipyringruppe eigene Kontraktion der Körpergefäße und Erweiterung der Hautgefäße wird der Hautstoffwechsel erhöht (Schweißausbruch), die oben angedeuteten Immunisierungsprozesse in der Haut finden eine Steigerung. Die Hydrotherapie zieht hieraus die praktische Schlußfolgerung oft erst im chronischen Stadium; ihre Berechtigung im akuten Stadium erklärt sich so eindeutig.

Nach diesem Beispiel zurück zur Erkältungsfrage. Ich werde einem Einwand begegnen müssen: wieso kommt es, daß jenes Massenexperiment der Erkältung, der Krieg, so wenig Erkältungskrankheiten gezeitigt hat? Ich denke an eine Nacht, wo wir nach sechzehnstündigem Marsch ermattet in einen Straßengraben fielen, um nach zwei Stunden wieder zum Weitermarsch geweckt zu werden; es hatte inzwischen zu regnen angefangen, wir hatten es nicht bemerkt, sondern fest geschlafen, und erwachten nun, bis auf die Haut durchnäßt, im Graben liegend. Ich erwartete nun einen Massenansturm von Erkältungskrankheiten, Pneumonien, Rheumatismen u. dergl., im Revier: vom ganzen Bataillon meldeten sich kaum zwei, deren Erkrankung vielleicht hierauf hätte zurückgeführt werden müssen. Hier waren also doch bestimmt die Verhältnisse gegeben, die eine Erkältungskrankheit hätten bringen müssen. Diesem Einwand muß ich mit der Wahrscheinlichkeit begegnen, daß sich im Verlauf von wenigen Wochen „Naturlebens" bereits eine Abhärtung herausgebildet hatte. Dadurch komme ich zur Abhärtungsfrage an sich; diese ist nicht nur als Gleichgültigkeit gegen Witterungseinflüsse zu erklären, sondern als ein Umlernen des Körpers, die richtige Abgabe von Rezeptoren (und Zufuhr von Antigenen), d. h. die richtigen Verkehrsverhältnisse nach der Haut auch unter ursprünglich nicht gewohnten Verhältnissen durchzuführen. Dann wird der Körper nie in Verlegenheit kommen, stundenlang auf Ersatz aus den Hautdepots warten zu müssen eine Zeit, die genügt, um einer latenten, bis dahin paralysierten oder oben eingedrungenen Noxe zum Siege zu verhelfen. Die Abhärtung ist also auch hiernach durch Hydro-, Licht-, Lufttherapie zu erzielen.

Nach diesen allgemeinen Erörterungen möchte ich nun einige Krankheiten aus der Fülle der Erscheinungen herausgreifen, um den Einfluß der physikalischen Heilmethoden (auch im Vergleich zu den übrigen) auf die Hautimmunität darzulegen.

Bei der Chorea hat sich, abgesehen von der symptomatischen Arsen- und Brombehandlung, die Behandlung mit Salizylpräparaten als wirkungsvoll erwiesen. „Von günstiger Einwirkung ist eine milde hydrotherapeutische Behandlung. Lauwarme Bäder, nasse Einwicklungen und leichte Abreibungen mit Wasser von 18—23° R. sind daher sehr empfehlenswert. In einigen hartnäckigen Fällen schien uns eine Schwitzkur von Nutzen zu sein." (Strümpell.) Auch hier ist dieser Wettbewerb von Salizyl und Hydrotherapie eine Folge sicher des durch die Hautdurchblutung angeregten Hautimmunisierungssystems; als Beweis hierfür möchte ich anführen, daß nach einer privaten Mitteilung von Herrn Prof. Rietschel-Würzburg prompt Heilerfolge bei Chorea an seiner Klinik erzielt wurden durch Hervorrufen eines Exanthems — die alte Volksmedizin: das Gift muß heraus. Mit einem Wort: man treibt Hydrotherapie bei Chorea, um (bislang unbewußt) die Immunisierungsvorgänge in der Haut zu verstärken.

Bei der Grippebehandlung habe ich stets, auch bei freiem Respirationstraktus sofort stündlich zu wechselnde Brustumschläge und täglich (nachmittags) zu wiederholende feuchte Ganzpackungen verordnet und gab daneben außer dem üblichen Chinin noch Pyramidon zur Verstärkung der Hautdurchblutung, und erlebte in keinem Falle eine Pneumonie; in zwei Fällen, die ich ohne Brustumschläge behandelte, erlebte ich prompt Pneumonien. Ich sehe auch hier in der Haut immunisatorische Vorgänge nach oben geschilderten Grundsätzen (Abstoßung sessiler Rezeptoren ins Blut). Zur Verstärkung der Blutzufuhr gab ich gerne noch Digitalis, so daß der Erfolg der Hydrotherapie besonders eklatant wurde. In den so behandelten Fällen erlebte ich stets prompte Entfieberung innerhalb 36 Stunden.

Bei der Behandlung des abdominalen Typhus löste die Aera der Pyramidonbehandlung mit kleinen Dosen die der Bäderbehandlung ab, und doch scheint mir im Grunde der gleiche Effekt vorzuliegen: beide Male der Einfluß auf die Hautdurchblutung. Das Pyramidon bewirkt wie alle Mittel der Antipyringruppe eine Erweiterung der Hautgefäße bei verstärkter oder wenigstens gleichbleibender Spannung in

den übrigen Arterien, und so vermehrte Toxinzufuhr zu den sessilen Rezeptoren, Mobilisierung der sessilen Rezeptoren als (freies) Antitoxin, und nach Abstoßung lebhaften Ersatz der sessilen Rezeptoren; die gleiche Wirkung üben auch die Bäder aus. Das Freierwerden des Sensoriums, die Temperaturerniedrigung sind Momente, die sich von selbst aus der Behandlung ergeben.

Die verhältnismäßig schwereren Formen der Masern mit schlechtem Exanthem werden günstig beeinflußt durch Senfeinwicklungen (die ich übrigens in jedem Fall von Masern geben lasse), indem mit der deutlicheren Ausbildung des Exanthems zugleich das Allgemeinbefinden sich hebt, was sich nur aus der lebhafteren Immunisierungsfunktion der Haut infolge der Hyperämie nach den obigen Grundsätzen erklären läßt.

Noch ein Wort zur wichtigsten Erkrankung auf dem Gebiet der physikalischen Heilmethode: zur Tuberkulose. Der Nachweis der Hautimmunität ist im „Pirquet" erbracht worden. Hier sind nun nach Georg Eisner und Leonor Michaelis[4]) drei Stadien zu unterscheiden: 1. das Stadium der vermehrten aber noch sessilen Rezeptoren in allen Körperzellen, 2. das der teilweisen Abstoßung, die als Antituberkulin in den Kreislauf kommen, 3. das Stadium, in dem sämtliche Rezeptoren abgestoßen sind. Nach diesen Gesichtspunkten sind also nur die beiden ersten für eine physikalische Beeinflussung von außen zugänglich. Sicher ist also, daß wir bei einem positiven Pirquet uns von den hydrotherapeutischen Maßnahmen einen Erfolg versprechen können; da es aber sicher noch in der Haut sessile Rezeptoren geben wird, die zwar bei Anstellung eines Pirquet nicht mehr stark genug sind, um eine entzündliche Reaktion zu erzeugen, immerhin aber einer Vermehrung nach Abstoßung fähig sein dürften, muß die Indikation für die physikalische „Außen"behandlung weiter gesteckt werden, zumal in kalkreichen Gegenden, wie in der meinigen, wo der Pirquet überhaupt kaum mehr nachweisbar ist, wenn der Patient sich in ärztliche Behandlung begibt. Daß die Hydrotherapie auch noch in späteren Stadien Aussichten hat, kraft der, wenn auch nicht mehr durch den Pirquet nachweisbaren, sessilen Rezeptoren, beweist nicht nur die Erfahrung mit Brustumschlägen, sondern auch die Pyramidonbehandlung fiebernder Patienten, die oftmals Entfieberung erreicht — kraft der verbesserten Hautdurchblutung. — Die Hydrotherapie der Tuberkulose durch Duschen ist in zwei Komponenten zu zerlegen: die eine Duschebehandlung bezweckt eine Abhärtung, d. h. sie konstruiert eine kleine Noxe, um den Körper zum Umlernen zu zwingen — s. o. Prinzip der spezifischen Leistungssteigerung; sie erreicht in Wirklichkeit dadurch die Wirkung der Tuberkulininjektion, indem sie das während der Noxe gebildete Tuberkulin nicht paralysiert; anders die Duschebehandlung mit nachfolgender Frottierung der Haut, sie ist die Ausnutzung des Hautimmunisierungssystems in obigem Sinne.

Was nun die übrigen physikalischen Heilmethoden der Tuberkulose anbelangt: ihre Hauptleistung scheint die gesteigerte Hautdurchblutung zu sein. So scheint mir in der Behandlung die allgemein-hyperämisierende an erster Stelle stehen zu müssen neben der photodynamischen, die durch Müller[5]) bereits nach ihrer Wirkung wieder zerlegt ist in die die gesamte Partialreaktivität (bes. aber die Albumintüchtigkeit) steigernde Sonnenlichtbehandlung, in die die Fettsäurelipoidtüchtigkeit steigernde Röntgenlichtbehandlung und die die Neutralfettüchtigkeit steigernde Quarzlichtbehandlung.

Für die allgemeine Anregung der Hautimmunität kommen noch in Frage die chromodynamische Wirkung bei Variola (Fenster rot verhängen, Pinseln mit Kaliumpermanganat); die thermodynamische und elektrodynamische Wirkung im Zusammenhange mit den allgemein hyperaemisierenden Methoden. Das A und O dieser Behandlung ist eben: die Steigerung der Förderung im Immunisierungssystem, das in der Haut durch Depots so gut ausgebildet ist.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch zweier Erscheinungen gedenken, die im Volksglauben ziemlich stark gewurzelt sind. In der hiesigen Gegend wenigstens heißt es, wer Schweißfüße habe, sei gesund, und wenn Schweißfüße vertrieben würden, schlügen sie sich nach innen. Sollte in diesem Volksglauben, der doch in vielen Generationen seine Erfahrungen gesammelt hat, vielleicht ein lebhaftes Immunisierungssystem im Fuß, das zerstört werden kann, zum Ausdruck kommen?

Wenn man nach einer „Erkältung" so gern schwitzen läßt, so bedeutet das die Steigerung der Förderung im Hautimmunisierungssystem, die durch Alkohol noch erhöht wird.*) Auf manchen Mann wird hier hingewiesen, der vor dem Krieg alljährlich im Spätwinter seinen Rheumatismus bekam, der ihn wochenlang aufs Bett streckte, — bis zum Heeresdienst. Einer meiner Bekannten mußte sogar noch mit Pantinen bekleidet einrücken. Heut plagt diese Leute kein Rheumatismus mehr. Wohl hatten sie, besonders aber auch ihre Angehörigen, die größte Angst vor den Strapazen des Kriegsdienstes — und siehe, sie fühlen sich heute wohler als zuvor. Ich sehe im Militärdienst, in der Abwechslung zwischen Frost und Schweiß, Hitze und Kälte, eine Abhärtung — ein Umlernen des Körpers, die richtige Abgabe von Rezeptoren auch unter ursprünglich ungewohnten Verhältnissen durchzuführen. Vielleicht kommen auch wir in Deutschland soweit, wenigstens eine Arbeitsdienstzeit einzuführen, wie es Bulgarien nun bereits getan; sie soll die ehemalige militärische Eigenschaft, die Unbekümmertheit um Wind und Wetter, um Hitze und Kälte wieder anerziehen zum Wohle des Einzelnen, zum Wohle unseres ganzen darniederliegenden Volkskörpers.

*) Das ins Wasser gefallene Kind bekommt heißen Tee, muß schwitzen, um die durch die „Erkältung" versäumte Arbeit des Hautimmunisierungssystems nachzuholen.

Literatur.

1) D. M. W. 1919, Nr. 45.
2) D. M. W. 1920, Nr. 31.
3) Derm. Zbl. 1920, August- u. Septemberheft.
4) Ztschr. f. Immunitätsforschung u. exp. Ther. VI, H. 4. 4. 1910, Nr. 571—591.
5) Btr. z. Kl. d. Tb. XL., H. 3 u. 4.

II. Referate.

Innere Medizin.

Dr. **Max Rosenberg** (Charlottenburg): **Ueber offene Pleurapunktion bei exsudativer Pleuritis.** (Mitteil. aus den Grenzgebieten der Med. und Chirurg., Band 32, Heft 2.)

Die von A d. S c h m i d t angegebene Methode der offenen Pleurapunktion wird empfohlen. Ihre Technik ist folgende: 2 Betten werden in gut mannsbreitem Abstand nebeneinander gestellt; der Kranke wird mit der zu punktierenden Seite nach unten mit dem Gesäß in das eine und mit der Schulter in das andere Bett gelegt. Dann wird ein Trokart von 4—5 mm Weite an dem tiefsten Punkt des Brustkorbes eingestoßen, nachdem man sich von dem Vorhandensein von Flüssigkeit an diesem Punkt überzeugt hat. Nachdem ½—1—2 Liter Flüssigkeit abgeflossen sind, dringt Luft in die Pleurahöhle ein. Man entfernt den Trokart, wenn keine Flüssigkeit mehr abläuft. Die offene Pleurapunktion soll zur Ausführung gelangen, wenn das Exsudat erhebliche Beschwerden macht, wenn es das obere Schulterdrittel übersteigt oder nach 2—3 Wochen keine spontane Neigung zur Resorption zeigt. Die Technik der offenen Punktion ist erheblicher einfacher als die der geschlossenen. Der Kranke empfindet die Lagerung bei der offenen Punktion sehr angenehm. Kollapse, stärkere Hustenreize und albuminöse Expektorationen fehlen dabei oder sind viel seltener als bei der geschlossenen Punktion. Bei großen Exsudaten ist meist nur eine einmalige Punktion erforderlich. Breitere Verwachsungen der Pleura costalis und pulmonalis werden vermieden. In manchen Fällen verhindert die eintretende Luft die Neubildung des Exsudates. Bei basalen Pleuraverwachsungen kommt der offenen Pleurapunktion nur ein bedingter Wert zu, da eine restlose Entleerung des Exsudates durch die einmalige Punktion nicht bestätigt werden konnte. Kontraindiziert ist die offene Pleurapunktion bei kardialer Dyspnoe, weil diese ein längeres Horizontallagern erschwert oder gar unmöglich macht. Hh.

Dr. **H. Brütt** (Hamburg): **Ueber Pseudoappendizitis und -peritonitis bei Grippeerkrankungen.** (Bruns' Beitr. z. klin. Chirurgie, Bd. 120, Heft 2.)

Verf. beobachtete bei der Grippe zuweilen die ausgesprochenen Erscheinungen einer akuten mittelschweren bis schweren Appendizitis bzw. Peritonitis, ohne daß ein anatomischer Befund die Appendizitis bestätigen konnte. Unter Umständen ist eine sichere Unterscheidung der echten und der Pseudoappendizitis nicht möglich, was bei dem heute allgemein anerkannten Postulat der Frühoperation der Appendizitis um so wichtiger ist. Als Ursache dieser Erscheinung sieht Verf. die bei der Grippe auffallend häufigen Rektus-Hämatome an, in anderen Fällen wohl auch Interkostalneuralgien. Diese Pseudoappendizitis, welche Verf. nur bei Grippeerkrankungen der Luftwege sah, will er scharf getrennt wissen von der „Darmgrippe", die er für eine spezifische Enteritis ansieht. Hh.

Dr. **Käthe Lang** (Breslau): **Ein mit Hypophysin geheilter Fall von seniler Osteomalazie.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 28.)

Verf. berichtet über einen Fall von seniler Osteomalazie bei einer 65 jährigen Frau. Die Kranke war nur 1,27 m groß, wog 25 kg und befand sich in einem sehr schlechten Ernährungszustand. Die Wirbelsäule war stark verkrümmt, kyphotisch im Brustteil, lordotisch im Lendenteil. Rippen und Brustbein wiesen sehr starke Veränderungen auf. An den Extremitäten war das Periost äußerst druckempfindlich. Infolge starker Verkrümmung des rechten Oberschenkels war das rechte Bein 5½ cm kürzer als das linke; an

zwei Stellen des rechten Femur fanden sich Infraktionen mit geringer Kallusbildung. Das Gehen war unmöglich. Uterus und Ovarien waren atrophisch. Außerdem bestand eine Schilddrüsenvergrößerung mit zeitweiliger Tachykardie, Tremor der Hände und Durchfällen, so daß eine Basedowstruma angenommen wurde. Das Herz bot Erscheinungen von Koronarsklerose, der Blutdruck war erhöht. Zunächst wurde die Patientin ohne nennenswerten Erfolg mit Phosphorlebertran und Kalkpräparaten behandelt; gleichzeitig erhielt sie Antithyreoidintabletten. Dann wurde 3 mal Adrenalin in kleinen Dosen eingespritzt, wegen der darnach auftretenden bedrohlichen Nebenerscheinungen wurde es weggelassen. Eine Besserung der osteomalazischen Erscheinungen trat danach nicht ein. Es wurde dann Hypophysin bei gleichzeitiger Antithyreoidindarreichung versucht, und nach 6 in Intervallen von 4—5 Tagen gemachten Einspritzungen waren die Knochenschmerzen zurückgegangen; die Knochen wurden wieder fest, so daß die Kranke Gehversuche macht und stundenlang im Sessel sitzt. Auch die Tachykardie ist zurückgegangen, dagegen der Blutdruck von 140 auf 180 mm Hg gestiegen. L.

Chirurgie.

Privatdozent Dr. **O. M. Chiari** (Innsbruck): **Beitrag zur Kenntnis und Behandlung der Appendixperitonitis.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurg., Band 120, Heft 2.)

Verf. ist der Ansicht, daß alle Fälle von nicht perforierter Appendizitis drainagelos geschlossen werden können. Bei perforierter Appendizitis kann der primäre Verschluß ferner dann Anwendung finden, wenn es sich um ein Frühstadium handelt und wenn der ganze infektiöse Herd entfernt war. Im Spätstadium darf das Peritoneum mit dem Darm völlig verschlossen werden, wenn nur die Bauchhöhle mit Sicherheit frei von nekrotischen Geweben ist. Die Entstehung von Bauchdeckeneiterungen und anaëroben Infektionen der Bauchdecken, welche die Patienten schwer gefährden können, ist bei eitrigem Exsudat am besten zu vermeiden, wenn man die Hautwunde breit offen läßt und erst sekundär näht. Im Verlauf einer Peritonitis ist eine gefährliche Komplikation der paralytische Ileus, der rechtzeitig erkannt werden muß und dann in vielen Fällen durch die Heidenhain'sche Enterostomie erfolgreich bekämpft werden kann. Bei großen intraperitonealen Abszessen soll die gleichzeitige Appendektomie unterbleiben. Die Drainage des Douglas'schen Raumes kann zweckmäßig durch eine mehr als 12 Stunden lange Spülung desselben mit Kochsalzlösung nach der Operation ergänzt werden. rs.

Dr. **Max Schwamm** (Wien): **Die Resektionsdeformität des Kniegelenkes als Folge der operativen Behandlung des tuberkulösen Kniegelenkes im Kindesalter.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 40.)

Bekanntlich haben Resektionen von Kniegelenken bei Kindern infolge von Kniegelenktuberkulose häufig die Entstehung einer Resektionsdeformität zur Folge. Es kommt durch Winkelstellung, Rotation und Luxation des Unterschenkels gegen den Oberschenkel zu den mannigfachsten Deformitäten im Kniegelenk, die meist so hochgradig sind, wie niemals bei therapeutisch unbeeinflußten Fällen. Daraus muß man den Schluß ziehen, daß mit der Resektion, der Entfernung des Krankheitsherdes, die Behandlung nicht zum Abschluß gelangt ist, sondern daß man der Entstehung einer Resektionsdeformität entgegenwirken muß. Ist es aber zu einer Deformität gekommen, so muß zunächst operativ die Streckung vorgenommen werden, wobei die Operation in Etappen vorzuziehen ist, und zwar so, daß man den ersten Verband in leichter Beugestellung anlegt und nach 3—4 Tagen den bleibenden Verband in Streckstellung folgen läßt. Der Patient geht die ersten 4 Monate mit dem Gipsverband umher und erhält dann eine fixe Schienenhülse aus Leder oder einen leichten Fixationsverband für ein ganzes Jahr. Eingetretene Verkürzungen werden gegebenenfalls durch einen erhöhten Absatz ausgeglichen. Hh.

Dr. **Wilhelm v. Goeldel** (Berlin): **Beitrag zum Wesen und der Behandlung der Epikondylitis.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 40.)

Verf. beschreibt 22 Fälle von Epikondylitis, die in der Berliner Chirurgischen Universitätsklinik zur Behandlung gekommen waren. Als Ursache wurde in 9 Fällen ein Trauma festgestellt; in 13 Fällen handelte es sich um eine idiopathische Form. Frauen erkrankten ungleich häufiger als Männer. Die Krankheit ist charakterisiert durch umschriebenen örtlichen Druckschmerz, durch Müdigkeits- und Lähmungsgefühl im entsprechenden Extremitätenabschnitt und durch funktionelle Störung. Dabei sind die Drehbewegungen beeinträchtigt; die Gelenke selbst sind frei von Schmerzen. Röntgenologisch läßt sich nichts feststellen. Therapeutisch läßt sich die Epikondylitis nur schwer beeinflussen. Am besten bewähren sich 70 % Alkoholinjektionen 1—2 mal wöchentlich, die allerdings so schmerzhaft sind, daß sie nur im Chloräthylrausch vorgenommen werden können. In schweren Fällen ist die Abmeißelung des Epikondylus angebracht. Hh.

Dr. **Andreas Hedri** (z. Z. München): **Zur Behandlung des Nervenquerschnittes bei Amputationsstümpfen.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 40.)

Bekanntlich kommt es nach traumatischer oder operativer Abtragung verschiedener Gliedmaßen zu außerordentlich intensiven Schmerzen, die durch Neurome veranlaßt zu sein scheinen. Sie sind nach den Untersuchungen von Krüger durch Mangel an Nervenscheide bedingt, welche die Regeneration der Nervenfasern nicht mitmacht. Verf. suchte das Zustandekommen der Neurome mindestens so lange zu verhindern, bis sich die narbigen Verwachsungen überall ausgebildet hatten. Das erreichte er am besten dadurch, daß er die Nervenfasern hoch heraufgehend mit dem Thermokauter ausbrannte. Die Erfolge sind als sehr gute zu bezeichnen. Hh.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Dr. **B. Zelnik** (Wien): **Ueber die Behandlung des fieberhaften Aborts.** (Wiener klin. Wochenschr. 1920, Nr. 27.)

Von Winter wurde bekanntlich vor längerer Zeit die Forderung aufgestellt, beim septischen Abort jeden intrauterinen Eingriff zu unterlassen. Er hat keine allgemeine Zustimmung gefunden, noch heute stehen sich die Anhänger und Gegner des abwartenden Verhaltens schroff gegenüber. Als Beitrag zu dieser Frage berichtet Verf. aus der Frauenabteilung der Rudolf-Stiftung in Wien über die Ergebnisse einer vergleichenden Prüfung beider Behandlungsarten. Nachdem früher die aktive Therapie durchgeführt worden war, wurde ein Jahr lang (1919) abwartend behandelt. Alle fiebernden Aborte wurden nach einer einmaligen Aufnahmeuntersuchung liegen gelassen; erst nachdem die Temperatur zur Norm zurückgekehrt war, wurde die Entleerung des Uterus vorgenommen (meist instrumentell mit Schultze'scher Zange und stumpfer Kürette). Nur beim Nachweis des Uebergreifens des Infektionsprozesses auf die Umgebung des Uterus wurde jeder Eingriff unterlassen, sowohl in der Zeit der aktiven wie auch der abwartenden Therapie. Der Vergleich der Ergebnisse der Jahre 1917 (aktive Therapie) und 1919 (abwartende Behandlung) zeigt nun, daß die beiden Behandlungsarten sowohl bezüglich der Morbidität als auch der Mortalität fast gleichwertig sind. 1917: Glatt geheilt 78,4 Proz., nach Komplikationen geheilt 14,5 Proz., gestorben 6,9 Proz. der fiebernden Aborte (1,5 Proz. sämtlicher Aborte. Die entsprechenden Zahlen für 1919 sind: 79,2 Proz., 13,6 Proz., 7,1 Proz. (1,3 Proz. sämtl. Aborte). -n.

Dr. **Julius Sonnenfeld** (Berlin): **Terpentinölinjektionen bei der Behandlung entzündlicher Adnextumoren.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 30.)

Verfasser hat nach Vorgang von Zöppritz die von Klingmüller für die Gonorrhöe und infektiöse Hautleiden empfohlenen Terpentinöleinspritzungen bei einer größeren Zahl von gonorrhoischen und nichtgonorrhoischen entzündlichen Adnextumoren akuten, subakuten oder chronischen Charakters angewendet. Alle 4—5 Tage werden 0,5 ccm einer 20 proz. Terpentinölolivenöllösung (Ol. Terebinth. depur. 10, Ol. olivar. 40) zwei Querfinger unterhalb des Darmbeinkammes mit einer langen Kanüle möglichst senkrecht bis auf den Knochen eingespritzt. Die Zahl der Injektionen im einzelnen Falle betrug 6—10. Die Erfolge dieser Behandlung waren überraschend. Bei frischen Adnexerkankungen lassen die Schmerzen schon nach einem Tage nach, das Allgemeinbefinden wird sehr günstig beeinflußt. In den subakuten und chronischen Fällen mit oft faustgroßen beiderseitigen Tumoren gehen die Geschwülste in wenigen Wochen zurück, und zwar bis zur Restitutio ad integrum, wenn sie nicht zu alt sind, aber auch bei ganz alten Fällen mit festen breiten Verwachsungen tritt Wohlbefinden und Schrumpfung der Tumoren in viel kürzerer Zeit ein als bei allen anderen konservativen Maßnahmen. Bestehendes Fieber ist keine Kontraindikation, meist fällt das Fieber schon nach der ersten oder zweiten Injektion ab. Fieber infolge der Injektion sah Verf. nie. Die Methode versagte nur in einem Fall von tuberkulösen Adnextumoren und tuberkulöser Peritonitis. Später wandte Verf. das von W. Karo empfohlene Terpichin (gereinigte und entharzte Terpentin-Chininlösung mit Zusatz von Anästhesin) an und erzielte gleich gute Resultate. Terpichin kann schmerzlos an jeder Stelle der Nates eingespritzt werden. Infiltrate kommen dabei nicht vor, deshalb ist Terpichin der einfachen Terpentinöllösung vorzuziehen. L.

Privatdozent Dr. **P. W. Siegel** (Gießen): **Ferngroßfelderbestrahlung bei Myomen und Metropathien.** (Dtsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 39.)

Nachdem Albers-Schönberg und Gauss zuerst vorzügliche Dauererfolge mit der Röntgenbestrahlung bei gutartigen gynäkologischen Blutungen erzielt hatten, gelang es Krönig und Friedrich, dadurch eine richtige Dosierung zu erzielen, daß sie die an den Ort der Ovarien kommenden Röntgenstrahlen direkt zu messen lehrten. Es wurde eine Ovarial-

dosis festgestellt, nämlich die Menge, welche ausreichte, um ein Ovarium in seiner Funktion vorübergehend zum Erlöschen zu bringen. Darüber hinaus wurde die Dosis, die das Ovarium dauernd schädigt, als Kastrationsdosis bezeichnet. Seitz und Wintz führten später die Hauteinheitsdosis ein. Die Methoden von Krönig und Friedrich einerseits und von Seitz und Wintz andererseits sind die Grundlagen zu einer besonderen Technik der Gießener Universitäts-Frauenklinik (Prof. v. Jaschke), die als „Ferngroßfelderbestrahlung" bezeichnet wird. Das Prinzip besteht in der Applikation härtester Strahlen durch zwei möglichst große Einfallspforten und in bestmöglicher Ausnützung der Sekundärstrahlen. Man wählt ein Feld von 16×16 bis 20×20 ccm auf dem Abdomen und entsprechend auf dem Rücken und nimmt einen Fokushautabstand von 50 cm. Durch einen Dauerkatheter wird die Füllung der Blase vermieden und die Entfernung zwischen Fokus, Haut und Ovarium während der ganzen Dauer der Bestrahlung konstant erhalten. Die Strahlen werden durch ein 0,5 mm Zinkfilter filtriert. In Anwendung kommt der Symmetrieapparat von Reiniger, Gebbert & Schall von etwa 150 000 Volt Spannung, welche eine parallele Funkenstrecke von 37 cm garantiert, sowie die selbsthärtende Siederöhre von C. H. F. Müller. Das Verfahren hat viele Vorteile, und vor allem eine spielend einfache Technik. Es werden 120 Minuten vom Abdomen und 120 Minuten vom Rücken aus bestrahlt. Zugleich wird dabei prophylaktisch die Sarkomdosis an den Uterus gebracht, was um so bedeutender ist, als eine große Reihe von Myomen des Uterus sarkomatös entartet. Die Amenorrhoe tritt gewöhnlich 1—2 Monate nach der Bestrahlung ein. Für die Therapie scheinen geeignet sämtliche hämorrhagische Metropathien, klimakterische Blutungen und Myome. Hh.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 11. Oktober 1920 (Schluß).

Zur Kenntnis der Pachymeningitis hämorrhagica interna.

Herr **Oskar Rosenberg:** Die Zahl der Beobachtungen hat sich seit den ersten Mitteilungen Finkelsteins erheblich vermehrt. Zu scheiden ist die traumatische von der idiopathischen progressiven Form. Erstere geht aus einer Blutung gelegentlich der Geburt hervor und endet mit Resorption unter Bildung eines feinen Häutchens, das bald verschwinden kann. Die zweite Form beruht auf einem lokalen Vorgang, der auf große Teile der Dura des Großhirns übergreift; das Kleinhirn bleibt verschont. Es bilden sich Hydrozephalus und nervöse Erscheinungen, Zysten an der Schädelbasis wie auf der Konvexität. Der Schädel erweitert sich, die Haut wird gespannt, die Oberlider hoch gezogen. Exophthalmie. Der Hirndruck hängt von der Größe des Ergusses, der Schnelligkeit der Ausdehnung und der Beschaffenheit des Schädels ab; daher machen die großen Schädel geringe zerebrale Erscheinungen. Die kleinen Köpfe zeigen dagegen oft stürmische Erscheinungen: Erbrechen, motorische Unruhe. Zwangsbewegungen, ängstliche Verstimmung, Kopfweh und Benommenheit; von Bedeutung ist der Druckschmerz des Kopfes und Hyperästhesie der Haut. Dazu kommt Steigerung der Reflexe, Spasmen und Kontrakturen, Klonus, Kernigsches Symptom, Bauchdecken-Spasmus. Meist beginnt die Krankheit mit Krämpfen, die oft nur einmal auftreten. Dazu kommt Pulsbeschleunigung und Temperatursteigerung. Das Fieber ist bald re-, bald intermittierend, bald kontinuierlich, bis zu 41°. Basale Erscheinungen sind Nackensteifigkeit, Lähmungen der Augenmuskelnerven, Strabismus, Nystagmus, Störungen der Pupillen-Reaktion, retinale Hämorrhagien, Stauungspapille, Atrophia nervi optici, Neuritis optica, selbst Fazialislähmungen und Trismus.

Nicht immer ist die Diagnose sofort zu stellen. Die Lumbalpunktion versagt hier; denn der Liquor ist fast nie verändert. Besser ist die Punktion der Fontanelle nach Finkelstein; ohne Schaden ausführbar, liefert sie eine bernsteingelbe, meist mit Blut vermengte Flüssigkeit.

Die Prognose ist quoad restitutionem ungünstig: Idiotie Imbezillität bleiben oft zurück. Früher hatte Vortr. die Prognose günstiger aufgefaßt. Mode.

Sitzung vom 1. November 1920.

(Eigenber. der Allgem. med. Central-Ztg.)

Vorsitz.: Herr **Kraus.**

Tagesordnung:

Neuere Probleme der Syphilisbehandlung.

Herr **Fritz Lesser**: Quecksilber heilt nicht, sondern beseitigt nur die Erscheinungen der Syphilis. Dafür spricht die Abortivheilung seronegativer Initialaffekte nur nach Salvarsan, das Fehlen von Reinfektionen in der 400jährigen Periode der Hg-Therapie. Nach Salvarsan kommen Reinfektionen hingegen nicht selten vor. Hg bewirkt ein schnelleres Eintreten einer negativen Wassermann-Reaktion. Denn die Reagine entspringen den syphilitischen Residuen im Gewebe. Salvarsan verstärkt eher die Wassermann-Reaktion. Daraus folgt, daß bei positivem Ausfall der letzteren nach Salvarsan die Behandlung schwieriger ist. Ebenso ist der Rückschlag in positiv schwer zu beseitigen.

Bei kombinierter Behandlung ist die Rolle des Hg unklar. Denn die Wassermann-Reaktion wird schon negativ, bevor die Mikroben sämtlich vernichtet sind. Die Gefahr vorzeitigen Aufgebens der Kur resultiert daraus. Behandeln wir nur mit Salvarsan, so können wir unterscheiden, welche Fälle resistent und nicht heilbar sind. Wichtig ist nicht nur der Gesamtverbrauch an Salvarsan, sondern Höhe und zeitliche Folge der Einzelgabe. Zur Abortivkur gehört eine hohe Anfangsdosis; wenn Spirochätenfieber auftreten sollte, hat es nichts zu besagen. Kleine Salvarsandosen wirken mehr organotrop und eignen sich besser für die symptomatische Therapie der visceralen Lues.

Die Heilbarkeit der Lues hängt eng mit dem zeitlichen Bestande der positiven Wassermann-Reaktion zusammen. Das beste ist reine Neosalvarsantherapie (Dos. III und IV). Sie bringt in den Fällen von seronegativen Primäraffekten fast 100% Abortivheilung; hier glückt es, durch Salvarsan eine negative Reaktion zu erzielen. Zur Sicherheit schickt man noch 3 Injektionen nach. Später kommt es nur selten zur Abortivheilung.

Die Neisser-Fourniersche Therapie hat völlig versagt. Denn Syphilitiker mit 4—7 Kuren im Anfangsstadium sind nach 10—15 Jahren wohl ebenso oft positiv als diejenigen, die nur 1 Kur gebraucht hatten.

Häufig erfolgt allmählich Selbstheilung.

Wir brauchen immer noch ein Mittel, das die Ruheform der Spirochäten (im symptomenlosen Zustande der Lues) abtötet.

Aussprache:

Herr **Heller** tritt für die Hg-Therapie ein. Nicht alle seronegativen Fälle heilen abortiv. Aber auch seropositive Fälle können zuweilen abortiv geheilt werden. Statistische Untersuchungen in der Charité zeigen, daß Aneurysmen jetzt öfter als um die Mitte des 19. Jahrhunderts vorkommen.

Herr **Citron**: Spontanheilungen von Syphilis verlaufen besser als ungenügend behandelte Fälle. In dem Charitématerial sind augenscheinlich viele unbehandelte Fälle enthalten, die spontan geheilt sind.

Herr **Bruhns**: Bei syphilitischen Kreislaufstörungen soll man die spezifische Behandlung erst einleiten, wenn die symptomatische Behandlung versagt.

(Fortsetzung der Aussprache wird vertagt.) Mode.

IV. Bücherschau.

Die medizinische Fakultät der Universität Bonn 1818—1918. Ein Beitrag zur Geschichte der Medizin. Von Dr. med. **Karl Schmiz,** Privatdozent für Geschichte der Medizin. Bonn 1920, A. Marcus & E. Weber's Verlag. 103 S. geh. M. 7.

Die vorliegende, bei Gelegenheit des hundertjährigen Bestehens der Bonner Universität verfaßte Schrift gibt in fesselnder Darstellung einen Ueberblick über die Entwicklung der Bonner medizinischen Fakultät in den ersten hundert Jahren ihres Bestehens, die ein getreues Spiegelbild der Entwicklung der Heilkunde und wissenschaftlichen Medizin im verflossenen Jahrhundert darstellt. Sämtliche seit der Begründung der Universität in Bonn in der medizinischen Fakultät als Lehrer tätig gewesenen Forscher und Kliniker schildert der Verfasser nach ihrem Wirken und in ihrer Bedeutung für den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft. Ferner gibt er eine Geschichte der medizinischen Universitätsinstitute und des medizinischen Unterrichts in Bonn. Die auf gründlichen Studien beruhende Schrift ist als ein wertvoller Beitrag zur Geschichte der deutschen Universitäten im 19. Jahrhundert zu bezeichnen. L.

Unterrichtstafeln für Säuglingspflege von Elisabeth Behrend. Mit einem Geleitwort von Dr. Hunaeus, Hannover. — Verlag Bergwart, Artern in Thüringen. Bei direktem Bezug vom Verlag M. 42,—.

E. Behrend hat vor wenigen Jahren ein reizendes Buch über „Säuglingspflege in Reim und Bild" herausgegeben,

das eine weite Verbreitung gefunden hat. Nunmehr hat die Verfasserin die Darstellungen, die sie sich als Wanderlehrerin für ihre Unterrichtskurse angefertigt hat, von Künstlerhand überarbeiten lassen und übergibt sie jetzt in 12 Tafeln, 65×80 cm, zum Teil zweifarbig, der Allgemeinheit. Die Tafeln behandeln den Lehrstoff, wie er für den Unterricht in Schulen und Fortbildungsschulen, für Mütter, Pflegerinnen und Hebammen in den Kursen dargestellt wird. Aus den recht gelungenen Tafeln seien besonders die über Stilltechnik und Kleidung hervorgehoben. Wer Unterricht erteilt oder Vorträge über Säuglingspflege hält, sei nachdrücklichst auf diese Darstellungen aufmerksam gemacht. Er wird sie gern und mit bestem Erfolge benutzen. Der Preis muß für die Jetztzeit als sehr angemessen bezeichnet werden. Rd.

Diagnostik innerer Krankheiten in Tabellenform. Dritte vermehrte und verbesserte Auflage der „Differentialdiagnostischen Tabellen". Von Dr. **A. J. Cemach** (Wien). — 1920, München, J. F. Lehmann. — 50 Tabellen mit 31 farbigen und schwarzen Abbildungen, sowie 8 Fiebertypen. M. 15,—.

Die vorliegenden diagnostischen Tabellen enthalten mehr, als man auf den ersten Blick meinen möchte. Sie geben dem Arzt in schwierigen diagnostischen Fällen die Möglichkeit, sich schnell über jedes Krankheitsbild zu unterrichten und es von ähnlichen Krankheitsbildern abzugrenzen. Die Neuauflage zeigt eine Reihe von Verbesserungen und Vermehrungen; man sieht, daß es dem Verf. daran liegt, seine Tabellen auf der Höhe der Zeit zu halten und das Vertrauen zu ihnen steigen zu lassen. Die Tabellen zeigen durchweg die außerordentliche Sorgfalt, die Verf. ihnen bei der Aufstellung gewidmet hat, und zeigen ferner das fabelhafte Geschick des Verfassers, mit wenigen Worten auf engem Raum unendlich viel Stoff zu bringen. Wenn man in einer ruhigen Stunde sich in irgendeine Tabelle vertieft, dann erhält man eine solche Fülle von Anregungen, wie man kaum ahnen möchte; differential-diagnostische Erwägungen sind ja die beste Methode, zum Studium anzuregen. Schematische Abbildungen, typische Figuren und prächtige, z. T. bunte Tafeln erleichtern vielfach das Verständnis.

Das Buch verdient die größte Verbreitung; es ist lange nicht so bekannt, wie es eigentlich sein sollte, insbesondere unter den ärztlichen Praktikern. Hh.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. In der Stadtverordnetenversammlung wurde am 19. Oktober ein Antrag das Gehalt der städtischen Armenärzte und Schulärzte den Teuerungsverhältnissen entsprechend zn erhöhen, von der sozialdemokratischen Mehrheit abgelehnt, und zwar hauptsächlich auf Betreiben des Stadtverordnetenvorstehers Dr. Hermann Weyl, Führer der Fraktion der U. S. P., der bekanntlich selbst Arzt ist.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Leipzig. Für Chirurgie habilierte sich Dr. Joseph Hohlbaum, Oberarzt an der chirurgischen Universitätsklinik, für Zahnheilkunde Dr. med. Adolf Hiller, Assistent an der operativen Abteilung des zahnärztlichen Instituts der Universität.

Wien. Die seit 2 Jahren erledigte ordentliche Professur der pathologischen Anatomie wurde Professor Dr. Heinrich Albrecht, Vorstand des pathologisch-anatomischen Instituts in Graz, übertragen. — Privatdozent Dr. W. Kolmer (Physiologie) wurde zum a. o. Professor ernannt.

Basel. Im 77. Lebensjahre starb der bekannte Physiologe und Chemiker Prof. Gustav von Bunge, der seit 1885 an der hiesigen Universität die Professur für physiologische Chemie inne hatte. v. Bunge war 1844 in Dorpat als Sohn des Professors der Botanik Alexander von Bunge geboren. Er wurde 1874 Doktor der Chemie in Dorpat und in demselben Jahr Dozent der Physiologie daselbst, 1882 wurde er in Leipzig Dr. med. — Außer zahlreichen Einzelabhandlungen veröffentlichte er ein Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie (1887, 4. Aufl. 1898), ein zweibändiges Lehrbuch der Physiologie des Menschen (2. Aufl. 1905), ein Lehrbuch der organischen Chemie für Mediziner (1906), sowie eine Reihe von Schriften zur Bekämpfung des Alkoholismus.

Lemberg. Der Physiologe und Pharmakologe Prof. Dr. Leon Popielski starb am 8. Oktober d. J. Ein Schüler von Tarchanow und Pawlow arbeitete er hauptsächlich auf dem Gebiet der Physiologie der Verdauungsdrüsen und ermittelte eine Reihe wichtiger Tatsachen.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Bei Gelegenheit der Nauheimer Naturforscher- und Aerzte-Versammlung wurde von den anwesenden Pharmakologen die „Deutsche pharmakologische Gesellschaft" gegründet. Der Jahresbeitrag beträgt M. 20. Anmeldungen zum Beitritt sind an den Schriftführer Privatdozent Dr. Hermann Wieland, pharmakol. Institut Freiburg i. Br., zu richten.

Am 9. und 10. Oktober fand In Hannover die Gründungsversammlung des „Verbandes der Fachärzte Deutschlands" statt. Der Zweck des Verbandes ist ein fester Zusammenschluß aller Fachärzte zur Wahrung der wirtschaftlichen und ethischen Interessen unter gleichzeitiger Wahrung der Interessen der Gesamtärzteschaft. Zum Vorsitzenden wurde der Augenarzt Prof. Dr. Stuelp (Mülheim a. Ruhr) gewählt.

Verschiedenes.

Auf Anregung der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde soll an dem Geburtshaus des verstorbenen Physiologen Prof. N. Zuntz in Bonn eine Gedenktafel angebracht werden. Beiträge nimmt in Berlin Prof. A. Loewy, Kurfürstenstr. 43, entgegen.

Berlin. Der Polizeipräsident Berlin teilt folgendes mit: In Anbetracht der schwerwiegenden Bedeutung der Wassermann'schen Reaktion für die Syphilisdiagnose und der hierin begründeten Notwendigkeit, ihre Ausführung nur solchen Personen anzuvertrauen, die auf dem Gebiete der serologischen Untersuchungsmethoden die entsprechende Vorbildung und eine ausreichende Erfahrung besitzen, hat der Herr Minister für Volkswohlfahrt kürzlich neue Richtlinien für die Erteilung der Berechtigung zur gewerbsmäßigen Ausführung der Wassermann'schen Reaktion erlassen. Nach diesen ist Nichtärzten die Genehmigung zur Ausführung der Reaktion grundsätzlich zu versagen. Aerzten kann die widerrufliche Genehmigung erteilt werden, wenn sie nachweislich die erforderliche Ausbildung für diese Tätigkeit besitzen und sich verpflichten, bei Ausführung der Reaktion die amtlich hierzu erlassenen Vorschriften zu befolgen. Letztere sind im Ministerialblatt „Volkswohlfahrt" 1920 Seite 286 ff. veröffentlicht. Aerzte, die die Untersuchung nach v. Wassermann lediglich in der eigenen Praxis zu diagnostischen Zwecken vornehmen, bedürfen der besonderen Genehmigung nicht.

Fälle von Hermaphroditismus verus internus gehören zu den größten Seltenheiten. Der einzige Fall, der bisher bekannt geworden ist, interessiert die verschiedenen Kreise, die sich mit dieser Frage wissenschaftlich befassen, um so mehr, als er seit Beginn des Krieges verschollen ist. Es handelt sich um den Carl H. aus Zell in Bayern. Erfreulicherweise ist von den äußeren Genitalien dieses seltenen und wissenschaftlich hochinteressanten Falles durch die Naturalien- und Lehrmittelhandlung Wolfgang Blascheck in Stuttgart ein Abguß gemacht worden, der von Interessenten käuflich erworben werden kann.

Bäderwesen.

Dr. rer. pol. Ernst Ladenthin †. Am 2. November verschied zu Potsdam im Alter von 31 Jahren nach längerem schweren Leiden Dr. Ernst Ladenthin. Der in der Blüte des Lebens aus vollster Arbeitsfreude und reichster Schaffenskraft Dahingegangene hinterläßt auf dem Gebiete des wirtschaftlichen Bäderwesens eine Lücke, die nicht leicht ausgefüllt werden wird. Seit 1913 Generalsekretär des Vereins rein natürlicher Mineralquellen war er stets redlich bestrebt gewesen, Mißständen auf dem Gebiete des Mineralwasserhandels entgegenzutreten, wobei er sich wegen der vornehmen Art, mit der er seiner Aufgabe gerecht wurde, die unbestrittene Hochachtung und Wertschätzung auch seiner sachlichen Gegner gewonnen hat. Im Juli d. J. übernahm er — schon den Todeskeim im Herzen — auf allseitigen Wunsch die Schriftleitung der Balneologischen Zeitung, die inzwischen Organ des Allgemeinen Deutschen Bäderverbandes geworden ist, um sie zu einem vollwertigen Resonanzboden für den durch die Not unserer Zeit gebotenen, gewiß nicht leichten Wiederaufbau unseres Bäderwesens auszubauen. Für diese schwere Aufgabe war kein anderer so geeignet wie der Heimgegangene durch seinen Weitblick und seine gründliche Kenntnis der wirtschaftlichen Bäderfragen. Ernst Ladenthin wird allen, die ihn gekannt und mit ihm zusammengearbeitet haben, in bestem Andenken bleiben. Hh.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO16, Cöpenicker Straße 114.

Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025—0,05 / 0,1—0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05—0,1—0,15 / 0,2—0,25—0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01—0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:

Kreosot 0,05—0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45 %, Haemoglobin 9 %, peptonis. Muskeleiweiß 46 %.

Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:

Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) Jasper 0,05.
scat. unam orig.

Nur echt in geschlossener Originalschachtel.

Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
Bernau bei Berlin.

Rotolin-Pillen

haben sich nachweisbar seit Jahren bewährt bei verschiedenen

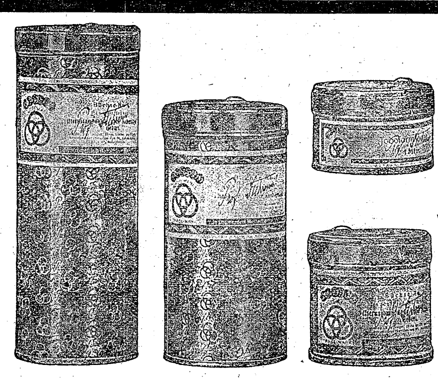
Erkrankungen der Atmungs-Organe

insbesondere bei

Bronchitis

Literatur und Aerzte-Muster kostenlos durch

„PHARINDHA" Ges. m. b. H.
(bisher Ploetz & Co.), Berlin SW 68.



Die seit 28 Jahren bewährten

sterilisierten Einzelverbände

nach Herrn Professor Dr. Dührssen

werden wieder in alter Güte von allen Verbandstoffhandlungen und Apotheken geliefert.

Wir machen insbesondere auf die

Tamponadenbüchsen

für Geburtshelfer und Hebammen aufmerksam, ferner auf die

chirurgischen Universalverbände

Nr. 4—5, die für die ärztliche Sprechstunde und für Rettungskästen auch zu 10 (Nr. 11a) resp. 16 (Nr. 11) Stück in einer Büchse verpackt geliefert werden. Sie enthalten Kompressen, Watte und eine Mullbinde. — Man verlange ausführliche Liste.

ARNOLD PASSMANN
Fabrik sterilisierter Einzelverbände (nach Prof. Dr. Dührssen).
Berlin O, Andreasstr. 32. Fernsprecher: Alexander 826.

Alleinvertrieb:
Aktiengesellschaft für medizinische Produkte,
Berlin W 8, Kanonierstr. 44. Fernsprecher: Zentrum 9075/76.

MENOLYSIN

(Yohimbin Spiegel für die gynäkologische Praxis)

Schmerzlinderung bei

Dysmenorrhoe u. klimakterischen Beschwerden

Verstärkte Wirkung durch Menolysin. compositum

(Kombination von Yohimbin Spiegel mit Codeïn).

Schnelle Herbeiführung der Menses bei

Amenorrhoe und Oligomenorrhoe

Literatur:

„Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" 1919, Nr. 4.
„Deutsche Medizinische Wochenschrift" 1919, Nr. 10.
„Zentralblatt für Gynäkologie" 1919, Nr. 19.

Chemische Fabrik Güstrow.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang Berlin, 20. November 1920 No. 47

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.



Elektro-Medizinische Apparate

Induktions-Apparate
in bewährten Ausführungen
mit 1 Trocken Element
mit 2 Trocken Elementen
mit Chromsäure-Element

Galvanische Batterien

Handstrahler n. Minin
mit blauer, roter oder weißer Lampe

Elektrische Wärmekompressen
zum direkten Anschluß an die Starkstromleitung

Elektr. Vibrations-Massage-Apparate,
Heißluftduschen, Oefen usw.
Künstl. Höhensonne ⁎ Sollux-Lampe ⁎ Quarzlampe

Medicinisches Waarenhaus
(Actien-Gesellschaft)
Berlin NW 6, Karlstraße 31



TH. FRANZ & Co
HALLE - GIEBICHENSTEIN
FABRIK PHARMAZEUTISCHER- U. KOSMETISCHER PRÄPARATE.

Bestandteile: Trichloracetaldehydhydrat, Aceton, Menthol recrist. Salbengrundlage.

BIOX ZAHNPASTA

mit Sauerstoff-Wirkung nach Hofrat Dr. Zucker
auch als
Biox trocken
in Original-Blechdosen wieder überall erhältlich
Max Elb, G.m.b.H. Dresden

DR. HARTMANN'S
PHOSPHANA
CONCENTRIERTE PHOSPHAT-NAHRUNG

Kalk- u. Phosphathaltiges, leicht verdauliches **Kakaopräparat** zur erfolgreichen Bekämpfung aller auf **rachitischer Grundlage** beruhenden Krankheitserscheinungen.
Wirkt hervorragend ernährend!
Prospekte und Probedosen kostenlos.
Nährmittelfabrik
RICHARD HARTMANN
Chemnitz.

Rezepte Mitteilungen, Rechnungen, Briefbogen, Kuverts, bei 5000 einer Sorte franko, konkurrenzlos billig, schnell und sauber **Spezialdruckerei Poessl, Bad Suderode,** Ostharz.

Hermaphroditismus
verus internus m. menses.
Wir offerieren den Originalabguß der Genitalien eines bekannten Hermaphroditen in **tadelloser Ausführung** zum Preise von **M. 50.—** bei Voreinsendung des Betrags. Bei Nachnahme werden Portospesen extra berechnet.
Naturwissenschaftliches Präparatorium
Stuttgart, Ludwigstraße 26. D.

Patienten-Journal 1921
Die Allgemeine ärztliche Buchführung
Probeformulare versendet **Verlag Oscar Coblentz, Berlin W 30**

Grotan

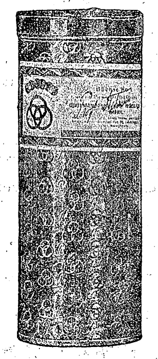
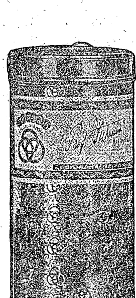
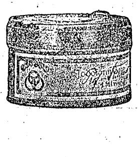
Hochwirksames **fast geruchloses** Desinfektionsmittel
in Tabletten zu 1 g
Ersatz für das **giftige Sublimat**
Greift Hände und Instrumente nicht an
Coaguliert nicht Eiweiß
Hervorragend geeignet für die gynäkologische Praxis

———ooo———

Sagrotan

eine häufig als **„geruchloses Lysol"** bezeichnete Chlor-Xylenol-Sapokresol-Verbindung
Ermöglicht **schnellste** und **völlige Sterilisation der Haut**
Reizlos u. vollkommen harmlos hinsichtlich Giftigkeit

Literatur und Proben beider Mittel von der
Schülke & Mayr A.-G., Lysolfabrik
Hamburg 39.


Die seit 28 Jahren bewährten
sterilisierten Einzelverbände
nach Herrn Professor Dr. Dührssen
werden wieder in alter Güte von allen Verbandstoffhandlungen und Apotheken geliefert.
Wir machen insbesondere auf die
Tamponadenbüchsen
für Geburtshelfer und Hebammen aufmerksam, ferner auf die
chirurgischen Universalverbände
Nr. 4—5, die für die ärztliche Sprechstunde und für Rettungskästen auch zu 10 (Nr. 11a) resp. 16 (Nr. 11) Stück in einer Büchse verpackt geliefert werden. Sie enthalten Kompressen, Watte und eine Mullbinde. — Man verlange ausführliche Liste.
ARNOLD PASSMANN
Fabrik sterilisierter Einzelverbände (nach Prof. Dr. Dührssen).
Berlin O, Andreasstr. 32. Fernsprecher: Alexander 826.

Alleinvertrieb:
Aktiengesellschaft für medizinische Produkte,
Berlin W 8, Kanonierstr. 44. Fernsprecher: Zentrum 9075/76.

89. Jahrgang **Berlin, 20. November 1920** **No. 47**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber die notwendige Erweiterung der Untersuchung Unfallverletzter auf Erwerbsfähigkeit durch Untersuchung auf Berufsfähigkeit.

Von Prof. Dr. **Marcus** (Posen).

Schon seit einer ganzen Reihe von Jahren war die Ansicht weit verbreitet, daß die Erfolge der Unfallverletzten-Fürsorge doch nicht so wären, wie man ursprünglich wohl erwartet und erhofft hatte. Ganz besonders hat man in den Kreisen der Unfallverletzten schon seit langem die Erfahrung machen müssen, daß eine nicht unbeträchtliche Zahl von Unfallverletzten durch den Unfall aus ihrem Beruf, oft genug aus jeglichem geregelten Arbeitsverhältnis, herausgeschleudert wurde und nicht imstande war, ihre alte soziale Position wieder zu erreichen. Mit anderen Worten: das Berufsschicksal vieler Unfallverletzter, vielleicht sogar einer Mehrzahl, bedeutet einen Abstieg. Dieser Tatsache wurde bereits in den letzten Jahren vor dem Kriege von allen Seiten eine erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet. Es fehlte auch nicht an Vorschlägen zur Beseitigung bzw. Besserung dieser sehr unerfreulichen Erscheinung. Hatte man doch in dem Vorgehen der Staatseisenbahn und einzelner großer Privatbetriebe den Unfallverletzten gegenüber eine Art Musterbeispiel für eine zweckentsprechender arbeitende Unfallverletzten-Fürsorge. Das Vorgehen bestand darin, daß die Unfallverletzten unter allen Umständen wieder in ihrem alten Betrieb eingestellt und ohne Kürzung ihres früheren Lohnes in einer der ihnen verbliebenen Arbeitsfähigkeit entsprechenden Weise beschäftigt wurden, während die Rente andererseits vom Betriebe eingezogen wurde. Also kein Brachliegen wirtschaftlich wertvoller Kräfte, kein Berufswechsel, kein sozialer Abstieg. Indessen kamen für solch ein Vorgehen immer nur Staatsbetriebe und einzelne große Privatbetriebe in Betracht. Eine allgemeine Durchführung war schon aus rein wirtschaftlichen Gründen nicht möglich und auch technisch ohne Mitwirkung der Gesetzgebung nicht denkbar. Von der Gesetzgebung war aber vor dem Kriege eine derartige Erweiterung der berufsgenossenschaftlichen Fürsorge nicht zu erwarten. Durch den Krieg nun wurde diese Frage aber noch weit dringlicher, weil zu den vielen Unfallverletzten die sehr große Menge von Kriegsverletzten hinzukam. Kein Wunder, daß man der Lösung der Aufgabe erhöhte Aufmerksamkeit zuwandte, und sie wurde gelöst. Bekanntlich setzte außer der staatlichen Fürsorge für die Kriegsverletzten, die ja im wesentlichen auf die gleichen Mittel angewiesen war wie die berufsgenossenschaftliche Fürsorge, also auf Behandlung und Rentenzahlung, sehr bald die bürgerliche Kriegsbeschädigten-Fürsorge ein, die sich aber der Not gehorchend verhältnismäßig schnell zu einem Vorgehen entschließen mußte, das weit über das der berufsgenossenschaftlichen Fürsorge hinausging. War die Aufgabe der berufsgenossenschaftlichen Fürsorge mit der Behandlung des Verletzten und seiner Entschädigung für die verlorengegangene Arbeitsfähigkeit in Form einer Feldrente erledigt, da das Gesetz sie zu nichts weiter verpflichtete, so sah die Kriegsbeschädigten-Fürsorge sehr bald ihre vornehmste Aufgabe darin, den Verletzten wieder berufsfähig zu machen und für seine Unterbringung in einen entsprechenden Beruf zu sorgen. So klar diese Aufgabe der Kriegsbeschädigten-Fürsorge war, so wenig war man sich zunächst in den Kreisen der Kriegsbeschädigten-Fürsorge über die Art des Vorgehens der einzuschlagenden Mittel einig. Mit den zunehmenden Erfahrungen nahm das Vorgehen eine immer bestimmtere Gestalt an, und heute sind wir soweit, daß wir ganz genau wissen, wie wir in der Fürsorge für die Kriegsbeschädigten auch den neuen Zielen, Berufsfähigkeit, Berufsunterbringung, am besten gerecht werden können. Somit dürfte es an der Zeit sein, die Erfahrungen, die wir in der Kriegsverletzten-Fürsorge gewonnen haben, auf die berufsgenossenschaftliche Fürsoge zu übertragen. Konnte die Kriegsbeschädigten-Fürsorge im Beginn vieles von der berufsgenossenschaftlichen Fürsorge lernen, so wird jetzt umgekehrt die berufsgenossenschaftliche Fürsorge sich die Erfahrungen der Kriegsverletzten-Fürsorge zu eigen machen können und meiner Ansicht nach müssen. Wir werden in Zukunft die Unfallverletzten nicht nur nach Möglichkeit erwerbsfähig zu machen haben, sondern auch berufsfähig, und weiter dafür sorgen müssen, daß sie auch in einem Beruf unterkommen. Zu diesem Zwecke werden der Fürsorge weitere und andere Mittel wie bisher an die Hand gegeben werden müssen. Die berufsgenossenschaftliche Fürsorge wird nicht mehr mit dem Abschluß der Behandlung und der Feststellung der Erwerbsbeschränkung ihr Ende erreichen dürfen, sondern erst damit, daß der Verletzte die für ihn nach seiner Wiederherstellung in Frage kommende Arbeit wieder aufgenommen hat. Die Fürsorge wird also für die Wiedereinstellung des Verletzten in einem bestimmten Betrieb zu sorgen haben. Das wäre das P r i n z i p d e r A r b e i t s z u w e i s u n g. Sie wird aber, um das tun zu können, vor allen Dingen eingehend und sachgemäß festzustellen haben, für welchen Beruf und für was für Arbeiten innerhalb dieses Berufes der Verletzte noch in Frage kommt. Das wäre die U n t e r s u c h u n g a u f B e r u f s f ä h i g k e i t. Daß daneben noch andere Dinge, wie Ertüchtigung im alten Beruf, Ausbildung in einem neuen Beruf usw., in das Gebiet der Fürsorge werden aufgenommen werden müssen, sei nur nebenbei erwähnt. Die Untersuchung auf Berufsfähigkeit wird jedenfalls künftig eine Hauptrolle zu spielen haben. Daß sie von Berufssachverständigen vorgenommen wird, oder richtiger gesagt, daß die Berufssachverständigen allein die Entscheidung zu fällen haben, ist ganz selbstverständlich. Es darf sich bei dieser Untersuchung nicht der Fehler wiederholen, der sich leider allmählich bei der Untersuchung der

Verletzten auf Erwerbsfähigkeit eingebürgert hat, daß nämlich tatsächlich der untersuchende Arzt allein entscheidet, daß also die Berufssachverständigen geradezu ausgeschaltet sind. Ebenso selbstverständlich ist es aber, daß der Arzt bei dieser Untersuchung auf Berufsfähigkeit mitzusprechen hat, ja, daß die ärztliche Tätigkeit geradezu unbedingt notwendig ist. Wie der Arzt bei dieser Untersuchung vorzugehen hat, das haben uns die in der Kriegsverletzten-Fürsorge gewonnenen Erfahrungen mit aller Deutlichkeit und Schärfe gezeigt. Er hat durch seine Untersuchung den Berufssachverständigen die notwendigen ärztlichen Unterlagen zu verschaffen. Diese erschöpfen sich aber nicht etwa in einer Beschreibung des Befundes, wie wir sie aus den Gutachten über die Erwerbsfähigkeit kennen, obwohl eine solche, wenn auch in knappster Form, nicht fehlen darf, sie haben vielmehr neben dem Befunde ein Urteil über die dem verletzten Gliede noch verbliebene Leistungsfähigkeit zu bringen, und zwar derart, daß der berufliche Sachverständige unter allen Umständen ein klares Bild darüber bekommt, ob und in welchem Umfange die verletzten Gliedmaßen noch zu gebrauchen sind. Das ist gewiß nicht schwer, soweit es sich um äußere Verletzungen handelt, zum mindesten nicht schwer für uns Unfallärzte. Das ist aber auch ohne weiteres bei den Folgen von inneren Erkrankungen und Erkrankungen des Zentralnervensystems möglich. Selbstverständlich muß das ärztliche Urteil auf Grund des objektiven Befundes abgegeben werden, aber keineswegs auf Grund des augenblicklichen objektiven Befundes. Bei der Untersuchung auf Berufsfähigkeit wird der Arzt vielmehr Heilungsvorgänge, die wir als Gewöhnung und Selbsthilfe des Körpers zu bezeichnen gewöhnt sind, und die, wie wir wissen, die Leistungsfähigkeit der verletzten Gliedmaßen im Laufe der Zeit nicht unwesentlich erhöhen, sehr bald, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, in Rechnung zu stellen haben. Nicht wie bei der Untersuchung auf Berufsfähigkeit, bei der wir sie erst bewerten, wenn sich ihre Folgen deutlich bemerkbar machen. Endlich wird es als unabweisbares Erfordernis zu gelten haben, daß die ärztliche Untersuchung in Gegenwart der andern bei der Untersuchung auf Berufsfähigkeit in Frage kommenden Sachverständigen, also der beruflichen Sachverständigen, vorgenommen wird. Das schriftliche Urteil allein genügt nicht. Die Berufsgenossenschaften werden gut daran tun, hier beizeiten für ein anderes Vorgehen zu sorgen wie bei der Untersuchung auf Erwerbsfähigkeit, gewissermaßen ein mündliches Verfahren einzuführen.

Das dürften so im wesentlichsten die Hauptgesichtspunkte sein, die für die ärztliche Tätigkeit bei der Untersuchung auf Berufsfähigkeit in Frage kommen. Ich habe nach allem, was ich während der Kriegsjahre von der Kriegsbeschädigten-Fürsorge gesehen, gehört und gelesen habe, nicht den Eindruck bekommen, daß der ärztlichen Tätigkeit in dieser Frage die ihr zukommende Wichtigkeit beigemessen wird, und halte es deshalb für angebracht, beizeiten darauf hinzuweisen. Es wird gut sein, wenn die Unfallärzte sich möglichst schnell auf die erweiterte Tätigkeit, die ihrer in der berufsgenossenschaftlichen Fürsorge wartet, einrichten werden, genau so, wie sie es, soweit sie Anstalten für Unfallverletzte leiten, bei den Fragen Berufsausbildung, Anpassung, Werkstättenarbeit usw. getan haben.

Zum Schluß sei nur noch darauf hingewiesen, daß auch durch eine so erweiterte Unfallverletzten-Fürsorge nicht immer das gewünschte Endziel zu erreichen sein wird, daß immer noch Fälle übrigbleiben werden, die trotz festgestellter Berufsfähigkeit und trotz Arbeitszuweisung ihre Arbeit nicht wieder aufnehmen werden. Ich möchte glauben, daß wir in solchen Fällen um das Mittel des „Arbeitszwanges" nicht herumkommen werden. Die Erwägung eines solchen Arbeitszwanges interessiert zwar auch uns Aerzte ungemein, ist aber doch ganz und gar Sache der Berufsgenossenschaften und der übrigen, hierbei in Frage kommenden Instanzen. Ich für meinen Teil möchte glauben, daß man vielleicht die Wiederaufnahme der Arbeit in derselben Weise wird erzwingen können, wie die Stellung zur Untersuchung, nämlich durch ein zeitweises Sperren der Rente.

Ueber ambulante Behandlung der Thrombophlebitis der unteren Extremität mittelst plastischer Stützverbände.

Von Dr. **Bertold Lasker**, Berlin.

Gemäß ihrem Aufbau scheiden sich die Blutgefäße in einen bindegewebig-muskulären Teil, die Adventia + Media, und den intestinalen Teil, Intima + zirkulierendem Blut. Bei Exophlebitis ist nur der erste Teil befallen, der vermöge seiner gemeinschaftlichen Vasa adventitia und Lymphzirkulation eine nutritive Einheit darstellt. Auch Intima + zirkulierendem Blut bilden physiologisch eine untrennbare Einheit, deren Befallensein die Endophlebitis bezeichnet. Wir wissen heute mit aller Bestimmtheit, daß jede erhebliche Störung des Zellenlebens der Endothelien im angrenzenden Blutabschnitt eine Thrombose, und zwar der Ausdehnung nach kongruent, nach sich zieht. Diese Thrombose, weit entfernt davon, eine bloße passive, chemische Reaktion, eine bloße Koagulation zu sein, stellt nach Art der Wundgranulation den artgeschichtlich festgestellten Schutzprozeß dar, durch welchen vermittelst der Organisation des Thrombus die eingedrungene Noxe eingeengt und unschädlich gemacht wird. Die Thromboembolie ist danach nur eine Art traumatischer Zufallsstörung dieses Prozesses. Die obige Einteilung führt, vermittelst der Aetiologie und klinischen Beobachtung, zu einer bedeutsamen Feststellung. Wir wissen, daß die überwiegende Mehrzahl der Phlebitiden aus einem infektiösen Hautprozeß hervorgeht, daß also auf dem Lymphwege Pyokokken von außen an die Adventitia herangeführt werden; daher eine primäre Exophlebitis. Ob nun diese in zentripetalem Fortschreiten die Intima erreicht, ist eine Frage. Es gibt auch eine endogene Keimverschleppung auf dem Lymphwege, von den Mandeln aus, von Bacillus coli aus dem Dickdarm usw., und hier muß der gleiche Vorbehalt gemacht werden. Ebenso bei der aus Quetschung hervorgegangenen traumatischen Phlebitis. Es ist von Belang, sich klarzumachen, daß durch eine kräftige örtliche Antiphlogose, möglicherweise auch durch ein schnell einsetzendes Immunisierungsverfahren, wir in der Lage sind, den Entzündungsprozeß in seinem zentripetalen Fortschreiten aufzuhalten, ehe er die Intima erreicht, ehe er zur Thrombose führen kann.

Eine andere Frage ist, ob nicht, im Sinne der alten Theorie, die phlebitische Thrombose durch dynamische Verhältnisse, durch Stasis, bedingt sei. Eine solche Thrombose würde primär sein und die Wandentzündung in umgekehrter, zentrifugaler, Richtung nach sich ziehen. Dem Moment der Stase wird noch heute von vielen Praktikern eine überragende Wichtigkeit beigelegt. Sie schließen gern, wenn, wie so häufig, ohne hervortretende akute Symptome eine plötzlich aufgetretene strangartige Resistenz in einem begrenzten Venenabschnitt vorgefunden wird, dies sei eine Thrombose, und suchen ihre Ursache zentral, in Herzschwäche. Aber die entzündliche Genese entzieht sich oft der Beobachtung, und der Strang, den man palpiert, ist die geschwellte Adventitia. Durch eine solche Anschauung wird eine falsche therapeutische Direktive erteilt, zugunsten der supponierten kausalen Herzschwäche. In der Literatur mehren sich die Stimmen, welche der Stase für das Zustandekommen der entzündlichen Thrombose jede maßgebende Bedeutung absprechen, und nur die entzündliche, ja die ausschließlich infektiös-entzündliche, Genese gelten lassen. Und zu dieser Auffassung muß ich mich, auf Grund einer 30 jährigen Praxis auf diesem Gebiet, auch bekennen. Mir ist noch kein Fall vorgekommen, in dem ich genötigt gewesen wäre, für Thrombose bei einer Phlebitis der Stase eine maßgebende genetische Rolle zuzuerteilen.

Daß die begrenzten, schmerzhaften, strangartigen Venenresistenzen in der Tat nur entzündlich verdickte Venenwand sind, kann man im zeitlichen Verlauf mit dem Finger verfolgen. Übrigens gibt es auch eine gleichmäßig spindelförmige Anschwellung syphilitischen Ursprungs, eine Exophlebitis syphilitica, die aber sehr selten ist. Man beobachtet beim Nachlassen der Entzündung oft das allmähliche Weicherwerden bis zum gänzlichen Schwinden der strangartigen Härte; in vielen Fällen wieder, besonders in veralteten, persistieren aber auch die bleistiftartigen Härten offenbar als fibröse Hyperplasie. Wenn man auf phlebitische Resistenzen untersuchen will, soll man nicht mit dem Finger in die Haut eindringen, sondern mit leichtem, klavierspielerischen Anschlag palpieren, wobei man drei Finger der anderen Hand proximal oder distal auf den Venenverlauf aufsetzt, um gleichzeitig zu kontrollieren, ob und wie sich der leise elastische Stoß des klopfenden Fingers in der Venenwand elastisch fortsetzt. Auf diese Art wird man nie einen Thrombus derangieren.

Zusammenfassend: Wir können zwar keiner Venenentzündung direkt ansehen, ob nicht bereits die Intima beteiligt ist, außer in solchen Fällen, wo kettenförmig aneinander gereihte dicke Thromben in varizösen Ausbuchtungen für Inspektion und Palpation leicht erkennbar unter der Haut liegen. Indessen sind doch die allermeisten Phlebitiden der unteren Extremität lymphogenetisch entstanden, demnach initial Exophlebitis, und lassen keine Thromben erkennen; und auch in den Fällen mit manifesten Thromben ist häufig eruierbar, daß bis zu deren Auftreten vom Beginn der Schmerzhaftigkeit einige Tage verflossen sind. Demnach ist Spielraum für den Versuch, die Entzündung in ihrem zentripetalen Fortschreiten zur Intima aufzuhalten. Und wenn es eine therapeutische Methode gäbe, welche erfahrungsgemäß und statistisch von den Gefahren der Thromboembolie freibleibt, so müßte man folgern, daß ihr dieser Versuch gelungen ist.

M. H.! Die übliche Behandlungsmethode der Phlebitis stellt sich auf den Standpunkt, die Gefahr der Thromboembolie für die ganze Dauer irgendwelcher entzündlicher Phänomene als gegeben anzunehmen, und verordnet demgemäß strengstes Stilliegen in strengster Bettruhe; und im übrigen als lokale Maßnahme methodische Dunstumschläge,

insoweit nicht bei sehr akutem Einsetzen kalte oder Eisapplikationen Anwendung finden.

Diese Haltung verflicht nun aber in Schwierigkeiten. Zwar heilt eine größere Anzahl Fälle in dieser Weise in 4—7 Wochen anstandslos ab. Dann wird gewöhnlich für das Aufstehen Bindenwicklung verordnet, und häufig geht alles gut. Aber auch trotz dieser Vorsicht wird eine Anzahl Fälle im Umhergehen bald rezidiv, ohne daß zu frühes Aufstehen, ein Uebersehen entzündlicher Residuen anschuldbar wäre. Vielfach ereignet es sich noch während des Bettliegens, in der scheinbaren Rekonvaleszenz, daß ohne nachweisbares schuldhaftes Verhalten des Patienten der Anfall rekrudesziert, an der gleichen Stelle, oder aszendierend weiter zentralwärts auftritt. Ja, manchmal wiederholt sich der Zyklus mehrmals, so daß, bei sonst körperlich gesunden Leuten, ein Krankenlager von 6—8 Monaten unter strengster Bewegungsrestriktion zustande kommt. Hinzu kommt, daß die Phlebitis der unteren Extremität aus den geringsten, oft nicht nachweisbaren Anlässen, zu häufigen Rezidiven neigt, aus bestem Wohlsein heraus. So gibt es Frauen, oft ohne ausgesprochene Varizen, die bei jedem Puerperium habituell ihre Venenentzündnug durchzumachen haben.

Die Frage ist, müssen wir im Hinblick auf die Gefahr der Thromboembolie diese Mißstände der überlangen Stilllegung des Patienten, der Ohnmacht gegenüber Rekrudeszenz, Früh- und Spätrezidiven hinnehmen?

Gestatten Sie mir, zu schildern, wie ich dazu gekommen bin, diese Fragen zu verneinen, indem ich zu einer methodischen Behandlung gelangte welche den obigen Postulaten genügt und dabei, wie es scheint, die Exophlebitis nach Möglichkeit auf sich selbst begrenzt, während sie andererseits die Organisation vorhandener Thromben beschleunigt.

Mein Ausgangspunkt war ein ganz anderer, nämlich, die Therapie des Ulcus cruris. Hierbei strebte ich an, ambulant durch bequeme, gutsitzende Verbände den Patienten bewegungs- und arbeitsfähig zu erhalten, bei Verbandwechsel nur nach Erfordernis der Wund- und Hautbehandlung. Nun ist jedem Praktiker bekannt, daß das Ulcus cruris, welcher Provenienz auch immer, so wie es in Behandlung kommt, häufig nichts weniger ist als ein reines Geschwür. Ueberwiegend häufig findet man im Gegenteil um das Geschwür herum eine bald heller, bald dunkler gerötete infektiösentzündliche Zone, bis zu mehreren Querfingern Ausdehnung, und diese ist oft weit mehr der Sitz des Schmerzes, als das Geschwür selbst. Untersucht man leise palpierend, so findet man gewöhnlich als Hauptsitz des Schmerzes kleine, strangartige Resistenzen von unten her, oder oben, in der Venenrichtung entzündete kleine Venen, die sich öfters in den Geschwürsgrund fortzusetzen scheinen. Zudem findet man aber auch manchmal außerdem weit oben, ohne nachweisbare Kontinuität, eine oder die andere entzündlich verdickte, schmerzhafte Stelle, sozusagen disseminierte Phlebitis. Es drängte sich die Beobachtung auf, daß bei ambulanter Verbandbehandlung des Ulcus cruris die Schmerzhaftigkeit, Kongestion und Rötung der Entzündungszone meist sofort geringer wird und bald verschwindet. Bisweilen freilich persistiert eine Kleinvenenentzündung in der Zone längere Zeit. Nie und nimmer aber kam es bei der ambulanten Behandlung, trotz schwerer Berufsarbeit, zu irgendwelchen Zufällen der Embolie.

Wie konnte das sein? Aus der Theorie ist nicht ersichtlich, warum bei kleinen Kalibern die Gefahr einer Thromboembolie geringer sein sollte. Warum sollten Thrombosen, wenn vorhanden, nicht abgerissen, mobilisiert werden können? Und mußten sie dann nicht, infolge ihrer infektiösen Genese, zu besonders bedrohlichen embolischen Prozessen führen?

Die fundamentale Tatsache blieb aber bestehen, daß keinerlei Embolien auftraten, bei einem ungeheuren Material, im Gegenteil, die Entzündungen rasch zurückgingen, entsprechend der Abschwellung und Zirkulationsbesserung. Was wunder also, daß ich immer kühner wurde und Schritt für Schritt, gleichsam tastend, dazu überging, nun auch die selbständig auftretenden Phlebitiden einer gleichartigen Behandlung zu unterwerfen?

Hierbei blieb, wie ich vorausschicken will, immer die gleiche fundamentale Tatsache bestehen: Keine Embolie, schneller Entzündungsrückgang. Ich will nun in Kürze die Verbandbehandlung der Phlebitis der unteren Extremität, wie ich sie heute ausführe, Ihnen schildern. Ausgeschlossen ist eine ambulante Behandlung natürlich, solange der Prozeß noch deutlich akut ist. Hierbei ist noch mehr, als das Fieber, das häufig fehlt, der Puls zu beachten. Schon 1912 hat Kramer (Frankfurt a. M.) darauf aufmerksam gemacht, daß das Verhalten des Pulses bei der Phlebitis viel charakteristischer ist als die Temperatur, daß der Puls öfters klettert, vorausklettert, wenn eine Rekrudeszenz, das Auftreten einer Thrombose, im Anzuge ist. Dies ist ein wertvolles Merkzeichen einer wahrscheinlichen Beteiligung der Intima, und demgemäß kontrolliere ich sorgfältig, ehe ich an Aufstehenlassen denke, den Puls. Ferner ist die ambulante Behandlung ausgeschlossen, wo wir an die Möglichkeit weicher, puriformer Thromben denken müssen, d. h. bei Anzeichen septischer Infektion. Nun ist aber die Verbandbehandlnug auch schon in der Periode der Bettlägerigkeit von Nutzen, sei es im Hinblick auf zufällige, ungewollte Bewegungen des Patienten, vor allem aber zur Erzielung einer wirksameren Antiphlogose. Ich pinsele die entzündete Venengegend zuerst mit einer 1% Jodlösung in 50% Spiritus ein, darüber noch mit unverdünntem Thigenol oder Thiol. liquidum. In Friedenszeiten wurde darüber eine Naphthalanpaste aufgetragen, auf die ich jetzt meist notgedrungen verzichte. Alsdann wird eine mit essigsaurer Tonerdelösung angefeuchtete Mullbinde derartig aufgelegt, daß sie ohne Zug und Druck, nicht in geschlossenen Touren, sondern hin und her in Zickzackgängen, die Vene als feuchter Tampon bedeckt. Wenn Bewegung intendiert ist, bezweckt diese Anordnung eine Entspannung der Binde, jeweils mit der Bewegung. Ueber dem feuchten Mulltampon werden 2—3 einfache Schichten Zellstoff umwickelt, als weiches Polster, und eine Mullbinde schließt das Ganze ab. Diese Binde darf niemals weder eine allgemein komprimierende, erst recht nicht eine örtlich konstringierende Wirkung haben. Der Verband ist rein kontentiv, er soll nur bezwecken, daß beim Aufrechtstehen die sich entwickelnde Anschwellung der Wade in dem sich dagegen spannenden Stützverband ihre Grenze findet. Es ist — und dies gilt allgemein für die Verbandbehandlnug von Beinleiden — ein zu Fehlern verleitender Mißbrauch, von Kompressionsverbänden zu sprechen.

Dieses Procedere belästigt den liegenden Patienten nicht, bedingt keinen Druck, keine gefährdende Manipulation. Das Einpinseln wirkt äußerst angenehm kühlend, das Ganze weiterhin ableitend antiphlogistisch, beruhigend, weit mehr als die einfachen Umschläge. Insbesondere werden hierdurch meist Eisumschläge entbehrlich, die ja so oft zu rheumatischen Beschwerden führen. Das angegebene ist überhaupt das angezeigte Verfahren bei allen akut infektiösen Hautentzündungen, flächenhaft oder strangartig. Ich habe dabei oft überraschend plötzliche Entfieberung auch bei nicht erysipelatösen Prozessen erzielt. — Bei der akuten Phlebitis braucht die Verbanderneuerung und Neuapplikation gewöhnlich erst nach 48—24 Stunden zu erfolgen, sukzessive seltener.

Aufstehen darf der Patient niemals ohne plastischen Stützverband. Nur mit diesem verträgt er das Stehen, zu seinem eigenen Erstaunen, beschwerdefrei. Eine Mehrzahl der Fälle kann von vornherein ambulant behandelt werden. Eigentümlicherweise ist dies fast regelmäßig bei den typischen Fällen von Varicophlebitis der Fall, in denen man zu Beginn kettenförmige, dicke Thrombenketten in den Ausbuchtungen liegend vorfindet. Diese liegen anfangs in einer leicht teigigen Umgebung, welche ihre Konturen verdeckt. Es ist interessant, zu beobachten, wie sich ambulant die Teigigkeit sofort verliert, die Thromben von Verband zu Verband konturierter, härter werden, sich zusammenziehen. Man kann hier direkt beobachten, wie die ambulante Behandlung die Thrombenorganisation beschleunigt, begünstigt.

In der Regel kann man bei nicht zu akuten Attacken in zirka einer Woche aufstehen lassen. Das Kriterium ist der Puls, und Nichtvorhandensein spontanen Schmerzes. Der Schmerz bei Phlebitis ist ein fixer. Es gibt freilich seltene Fälle mit remittierenden, subfebrilen Temperaturen und herumwandernder leichter Venenempfindlichkeit ohne Resistenz, bei denen das Aufstehen sich verzögert. Hier schien mir Chinin innerlich und Einreiben im Gesunden mit einer Trikresol-Menthol-Salbe von Nutzen zu sein.

Das Fortbestehen einer Verdickung der Venenwand bildet als solche, wenn der spontane fixe Schmerz geschwunden ist, keine Gegenanzeige gegen das frühe Aufstehenlassen und ambulante Behandlung. Man vergegenwärtige sich, daß, offenbar infolge der aktiveren und regulierten Zirkulation alle konsekutiven Gewebserscheinungen in der Bewegung rascher schwinden.

Nicht gerade selten treten nach Frühaufstehen im Verbande bei der Bewegung leichte, ziehende Schmerzen oberhalb der befallenen Stellen auf, welche 1, auch wohl 3 Tage gelegentlich vorhanden sein können und dann verschwinden. Diagnostisch schwieriger liegen gewisse Fälle — meist solche, die schon eine längere Geschichte früherer Rezidive aufzuweisen haben — in denen Schmerzen von neuri,tischem Typ der Lokalisation der Venen folgen. Man erinnere sich, daß die Saphena am Ober- und Unterschenkel von sensibeln Nerven begleitet ist; es kann also nicht überraschen, daß manchmal der Prozeß auf das Perineurium übergegriffen hat. Ich verfüge über derartige Fälle, in denen noch lange nach völligem Ablauf der Phlebitis solche schießenden, schnell auftretenden und verschwindenden Schmerzen neuralgischen Charakters vorhanden waren. Solche Patienten in infinitum der Schmerzanfälle wegen liegen zu lassen, die gar nicht mehr phlebitisch sind, wäre ein Mißgriff.

Nach dem Aufstehenlassen ändere ich meist nichts an dem oben geschilderten antiphlogistisch-resorptionsbefördern-

den Apparat. Nur bei von vornherein chronisch verlaufenden Fällen bevorzuge ich Hitzebehandlung. Ich lege in den Verband, nach Einpinselung und Tamponierung, über einem ausreichenden Zellstoffpolster ein Cataplasma arteficiale ein oder lasse auch über dem geschlossenen Verband den Thermophor applizieren. Die Applikationen, resp. Verbandwechsel können natürlich bei der ambulanten Behandlung seltener, etwa 2 mal in der Woche, gemacht werden.

Hierbei erholen sich die Patienten, die schon nach wenigen Tagen sich frei bewegen dürfen, schnell, der ganze Verlauf kürzt sich ab, indem die Thromben schneller sich kontrahieren und ausheilen. Wie gesagt, bleiben die Rekrudeszenzen der Liegeperiode, aber auch die Frührezidiven des Herumgehens bei einer solchen geregelten Behandlung aus. Dies gibt doch sehr zu denken hinsichtlich der mächtig fördernden Wirkung der aktiv angeregten Zirkulation.

Es verbleibt noch die Frage, ob es gelingt, die späten Rückfälle und Neuerkrankungen zu vermeiden. Auch diese Frage kann ich rückhaltlos auf Grund eindeutiger Tatsachen bejahen. Die Prophylaxe der Spätrückfälle ist identisch mit der Dauerbehandlung der Schenkelvarizen überhaupt. Zwar ist dies nicht umfassend genug ausgedrückt. Die Varizenbildung ist nur ein Spezialfall, man müßte korrekterweise von Hypelastie der Hautgewebe der unteren Extremität sprechen, also von alledem, was über der Muskelfaszie liegt. Das wesentliche dabei ist die habituelle schlaffe Erweiterung der Gewebsspalten, der Lymphräume, welche dem inneren Drucke einen immer geringeren Widerstand entgegensetzen. Daß hierbei die so notwendige Förderung des venösen und Lymph-Rücklaufes, wie sie durch die heberartige Wirkung der arbeitenden Wadenmuskeln geschieht, geschwächt wird, ist einleuchtend. Man findet oft genug, ohne eine Spur von Varizen, Fälle mit starker nachmittäglicher Anschwellung der Beine und Gehbeschwerden. Die Haut zeigt glänzende pralle oder auch teigige schlaffe Schwellung. Besonders die letzteren Fälle neigen zur fibrösen Hyperplasie, oder auch direkt zu Elephantiasis. Dies Gesamtbild der Hypelastie ist auch mehr oder weniger jedem Falle von Varizen eigen. Die Prophylaxe der späteren Rückfälligkeit der Phlebitis ist für mich identisch mit der Bekämpfung der Hypelastie. Ich verwende dagegen nicht elastische Strümpfe, nicht Gamaschen, nicht erhärtende fixe Verbände, sondern plastische sich durchaus der funktionalen Formveränderung der Wade anschmiegende Stützverbände, meine Dauerverbände. Diese genügen nach mehr als 15 jähriger Erfahrung allen Anforderungen der Hygiene, der Bequemlichkeit, des Komforts. Insbesondere kann man damit baden, da der durchlässige Verband ohne Schädigung abgetrocknet werden kann. Ihre Erneuerung erfolgt nach 3—5 Monaten. Es hat sich erwiesen, daß sie die Hypelastie korrigieren, die Gehfähigkeit beschwerdenfrei herstellen und den aus der schlaffen Stauung resultierenden Folgen vorbeugen.

Technisch unterscheiden sich diese, übrigens dünnen und leichten Dauerverbände von den oben geschilderten Zellstoffverbänden dadurch, daß an Stelle der Zellstofflage Fuß und Wade mit einem dachziegelförmig sich deckenden Pflasterstreifenverbande versehen wird. Das Pflaster, das für die Haut reizlos sein muß, besteht aus Plumb. und Zinc. oleinic. Ferner wird noch der äußere Mullverband durch strebepfeilerartige Leukoplast-Streifen versteift oder vernäht.

Jeder Fall von Phlebitis wird mit einem solchen Verbande aus der Behandlung entlassen. Ich habe Patienten, frühere Phlebitiker, welche aus freien Stücken diese Verbände jahraus, jahrein tragen. Und hierbei hat sich die Tatsache ergeben, auf Grund eines langjährigen, mannigfaltigen Materials, daß ganz ausnahmslos die Rezidive der Phlebitis ausbleiben. Da hierbei eine große Zahl gewohnheitsmäßig oder periodisch sich wiederholender Phlebitis befanden, insbesondere die Frauen, welche vorher jedes Puerperium mit einer Schenkelphlebitis bezahlen mußten, und mit dem Dauerverband davon freiblieben, so kann man wohl von einem experimentum crucis sprechen, wodurch die Hypelastie als Hauptfaktor der Disposition zu Schenkelphlebitis erwiesen ist. Wie lange solche Dauerverbände zu tragen sind, wie oft zu erneuern, dafür läßt sich eine Norm nicht aufstellen.

Ich bin überzeugt, daß sich in Zukunft das System durchsetzen wird, die Schwangerschaft, insbesondere bei varikös erblich belasteten Primiparae, schon vom 3., 4. Monat an mit Wechselverbänden und für das Wochenbett mit einem im 8. Monat anzulegenden Dauerverband zu behandeln, mit dem die Frau gebiert, liegt und aufsteht. Man erzielt damit Verhütung von Varizen, Gehfähigkeit der Schwangeren, Ausbleiben von puerperaler Phlebitis.

Das Verfahren hat natürlich seine Grenzen. In Fällen, wo nach zahlreichen Attacken die Venen in fibrös und thrombotisch entartete Stränge verwandelt sind, wird es versagen müssen, und ist die Exstirpation der funktionslosen sklerotischen Stränge am Platze. — Ferner möchte ich die tiefe Phlebitis bis zu einem gewissen Grade ausnehmen. Man findet Fälle, mit dorsalem Fußödem, das trotz der Behandlung persistiert und später Neigung zu fibröser Hauthyperplasie zeigt, mit heftigem, fixen Schmerz von der Sohle zum Fußrücken. Hier sind die von der Planta aufsteigenden Rami communicantes entzündet, die tiefen Venen beteiligt. Das Moment der Hypelastie fällt hier weg, nur die Antiphlogose bleibt.

Das Verfahren setzt eine sorgsame Technik voraus, die Druck verhütet, ohne daß der Verband im Gehen rutscht. Jede mechanische oder chemische Reizung muß unterbleiben, insbesondere darf nichts an der Haut angeklebt werden, fixe, harte, erstarrende, wenig durchlässige Materialien sind unverwendbar. Wenn dies aber innegehalten wird, sind die Verbände bequem, nicht störend, weder im Winter noch im Sommer und heißem Klima noch im Bett, und garantieren dem Patienten eine beschwerdefreie Beweglichkeit und Freibleiben von den hypelastischen Erkrankungen, den „Beinleiden".

Von inneren Mitteln gebe ich bei Phlebitis neuerdings gern Kalkpräparate, in der Idee, daß sie die Organisation der Thromben begünstigen.

II. Referate.

Innere Medizin.

Prof. Dr. **E. Seligmann** und Dr. **Georg Wolf** (Berlin): **Influenzabazillen und Influenza.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 29—30.)

Die Verfasser fanden bei ihren Untersuchungen über das Vorkommen der Influenzabazillen bei verschiedenen Krankheiten, daß dieselben nicht nur bei Influenza sich finden, sondern auch bei Masern, Keuchhusten, Tuberkulose (Tuberkuloseverdacht) und Diphtherie. Bei Influenza fanden sich die Influenzabazillen in 31,9 Proz. der Fälle, bei Masern in 38,6 Proz., bei Keuchhusten in 45,5 Proz., bei Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht in 19,3 Proz., bei Diphtherie in 9,5 Proz. Bei Scharlach wurden Influenzabazillen keinmal gefunden, auch nicht bei Gesunden. Auf Grund dieser Befunde und weiterer biologischer Untersuchungen kommen die Verfasser zu der Schlußfolgerung, daß der Pfeiffer'sche Influenzabazillus nicht der Erreger der pandemischen Influenza sein kann, daß er vielmehr ein häufiger Begleiter des Influenzavirus ist, wo er allerdings nicht häufiger vorkommt als bei Masern und Keuchhusten. Er findet offenbar bei allen Krankheiten, die mit Reizungen des Bronchialsystems einhergehen, einen günstigen Boden. Seine Rolle ähnelt der der Streptokokken beim Scharlach. Die Verfasser schlagen vor, für diese Gruppe von nicht immer pathogen werdenden Bakterien, die bestimmte Krankheiten regelmäßig begleiten, eine besondere Bezeichnung einzuführen, etwa sie Nosakoluthbakterien, Krankheitsbegleiter, zu nennen. Die Influenzabazillen wären danach Nosakoluthen von Influenza, Keuchhusten und Masern. L.

Dr. **Julius Alsberg** (Hamburg): **Zur Behandlung der Lungengangrän mit Neosalvarsan.** (Deutsche med. Wochenschrift 1920, Nr. 29.)

Verf. berichtet aus dem Hamburg-Barmbecker Allgemeinen Krankenhaus über 4 Fälle von Lungengangrän, von denen zwei spontan ausheilten, ein Fall nach Neosalvarsan heilte, der vierte weder spontan heilte noch auf Neosalvarsan reagierte und erst nach erfolgtem chirurgischen Eingriff (Rippenresektion und Freilegung des Abszesses) heilte. In dem Fall, welcher auf Neosalvarsan heilte, wurden 1 Dosis von 0,3 g und 4 mal je 0,45 g in Abständen von je 1 Woche gegeben. L.

Prof. **Eb. Veiel** (Ulm): **Ueber Maul- und Klauenseuche beim Menschen.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 30.)

Uebertragungen der Maul- und Klauenseuche vom Tier auf Menschen sind selten, trotzdem kamen gelegentlich Uebertragungen in epidemischer Häufung vor. Meist verläuft die Krankheit bei Erwachsenen milde in 2—3 Wochen, bei Kindern sind schwere, ja tödliche Fälle häufiger. Verfasser hatte Gelegenheit, einen tödlich verlaufenden Fall bei einer 33 jährigen Frau zu beobachten. Die Frau hatte das an Maul- und Klauenseuche erkrankte Vieh eines Gutes zu pflegen, hatte auch Milch von verseuchten Tieren, wahrscheinlich ungekocht, genossen. Nach einigen Tagen allgemeinen Unwohlseins traten Blasen an den Lippen und der Wangenschleimhaut auf, aus denen dann Geschwüre wurden. Gleichzeitig Erbrechen und heftige Durchfälle, 6—8 Entleerungen täglich, mit etwas Blut. Die Körpertemperatur lag während der ganzen Erkrankung zwischen 37,5 und 38 °. Nach einigen Tagen trat Abort ein (im 2. Monat), nach dem Urteil eines Frauenarztes ohne Komplikation. Der Kräftezustand wurde immer schlechter, die Durchfälle gingen weiter, es trat qualvolle Atemnot hinzu, im Urin Eiweiß, rote und weiße Blutkörperchen und zahlreiche granulierte Zylinder. 11 Tage nach Beginn der Erkrankung Exitus unter zunehmender Herzschwäche. Sektion wurde nicht gemacht. Verfasser hält es für sicher, daß in diesem Fall die Erkrankung an Maul- und Klauenseuche die Todesursache war. L.

Dr. **Georg Kröncke** (Einbeck): **Ueber die Behandlung der Maul- und Klauenseuche beim Menschen mit Silbersalvarsan.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 30.)

Verfasser machte bei einer Patientin, die infolge Genusses ungekochter Milch von einem Hof, unter dessen Viehbestand die Maul- und Klauenseuche herrschte, an Maul- und Klauenseuche erkrankt war, eine intravenöse Injektion von Silbersalvarsan 0,1 : 10. Schon 6 Stunden nach der Injektion waren die subjektiven Allgemeinbeschwerden verschwunden, die Temperatur, vorher zwischen 38 und 38,5°, wurde normal, und nach wenigen Tagen war die Kranke genesen. L.

Chirurgie.

Dr. **Otto Specht** (Gießen): **Erfahrungen mit dem Friedmann'schen Heilmittel bei den verschiedensten Formen der chirurgischen Tuberkulose.** (Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 29.)

Verfasser berichtet aus der Gießener chirurgischen Klinik über die Ergebnisse der Friedmann-Behandlung bei 72 Fällen. Es handelte sich um teils geschlossene, teils fistelnde Halsdrüsentuberkulose, sonstige Weichteiltuberkulosen, offene Gelenktuberkulose, Fälle von Hodentuberkulose, endlich um Kombinationen von Weichteil- und Knochentuberkulose. Es wurde nur intramuskulär, subkutan oder simultan injiziert, je nach Lage des einzelnen Falles. Die Dosierung wurde individuell bemessen, 0,3—0,5 ccm schwach oder stark. Vorher wurde immer eine genaue, auch röntgenologische Untersuchung der Lunge vorgenommen. Das Gesamtresultat der Behandlung war: 34 = 47,2 Proz. geheilt, 27 = 37,5 Proz. wesentlich gebessert, 11 = 15,3 Proz. nicht beeinflußt oder sogar verschlimmert, darunter 5 Kranke, die später starben. Gutes leistete das Friedmann'sche Mittel bei der geschlossenen Drüsen- und Hodentuberkulose mit nur wenigen Versagern. Dagegen ist der Erfolg bei den anderen Formen der chirurgischen Tuberkulose nach Verfasser nicht eindeutig genug. Immerhin ist Verf. der Ansicht, daß das Mittel bei den fistelnden Formen der chirurgischen Tuberkulose als Unterstützungsmittel bei der Nachbehandlung anoperierter Fälle Beachtung verdient. — Von den 5 Gestorbenen hatten 4 Lungenkomplikationen anscheinend leichterer Art. Diese gingen dann auch unter vorwiegenden Lungenerscheinungen zugrunde, nachdem bei 2 Kranken der Herd der chirurgischen Tuberkulose bereits längere Zeit ausgeheilt war. Der fünfte Todesfall betraf eine tuberkulöse Peritonitis, bei welcher sich im Anschluß an eine Operation eine Darmfistel gebildet hatte. Das Friedmann'sche Mittel wurde hier erst später injiziert, wonach eine vorübergehende scheinbare Besserung eintrat. L.

Dr. **Bruno Künne** (Steglitz): **Die Behandlung der Radialislähmung durch Sehnenverpflanzung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 39.)

Verf. steht auf dem Boden der Grundsätze, welche die Neurologen auf ihren letztjährigen Kongressen bezüglich der Muskeloperationen im Radialisgebiet aufgestellt haben und die dahin gehen, daß keine Muskeloperation ausgeführt werden darf ohne vorhergehende genaue physiologische und neurologische Untersuchung, und daß keine Muskeloperation ausgeführt werden darf, bevor die spontan zu erwartenden oder chirurgisch erzielbaren Heilungsmöglichkeiten am Nerven selbst erschöpft sind. Von den bei der Radialislähmung in Anwendung gebrachten Operationen am Nerven-, am Muskel-, Sehnen- und Bandapparat sowie der Behandlung mit mechanischen Stützapparaten ist die Sehnenverpflanzung die beliebteste. Von den verschiedenen Methoden dieses Verfahrens hat die Stoffel'sche die meisten Vorzüge, zumal sie rasche Erfolge erzielen läßt. Die Nervenoperation kann mit Aussicht auf Erfolg noch 2 Jahre nach der Verletzung vorgenommen werden. Verf. berichtet über die an 3 Leuten vorgenommene typische Stoffel'sche Verpflanzung, deren Wirkung sich schon 8 Tage nach der Operation, 5 Minuten nach der Verbandabnahme zeigte und dann von Tag zu Tag rasch zunahm. Die Nachbehandlung hat durch Anlegung von Schienen und Wicklungen einer Ueberdehnung entgegenzuarbeiten. Die Beugung der Hand braucht bei der Operation nicht verloren zu gehen. Nach der Operation ist die Handstütze überflüssig. Grundbedingung für das Gelingen der Operation ist allerdings, daß keine tiefgehenden Narben im Verpflanzungsgebiet vorhanden sind. Hh.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Dr. **J. Lewinski** (Berlin): **Beitrag zur Behandlung der Gonorrhoe mit Blenaphrosin.** (Derm. Centralbl. 1920, Nr. 10.)

Verf. hat an einer Reihe von Kranken mit gutem Erfolg das Blenaphrosin (Einhorn-Apotheke in Berlin) in Anwendung gebracht. Es ist das ein Antigonorrhoikum, das keine Reizerscheinungen zeigt und den Vorzug hat, alle sexuellen Reize zu unterdrücken, welche zu schädlichen Erektionen und Pollutionen, bei leichtsinnigen Naturen sogar zum Koitus Veranlassung geben können. Die Wirkung des Blenaphrosins ist schmerzlindernd, sekretionsherabsetzend und antibakteriell. Man gibt dreimal täglich 3 bis 4 Kapseln innerlich; bei lästigem Harndrang und sonstigen Zeichen der Urethritis posterior auch noch Blenaphrosinzäpfchen. Außer bei den Fällen von Gonorrhoe empfiehlt sich Blenaphrosin auch bei gesteigerter Libido. Besonders hervorgehoben sei auch der billige Preis des Mittels. rs.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Aerztliche Gesellschaft für Mechanotherapie.

Sanitätsrat Dr. **E. Kirsch** (Magdeburg): **Sport und Gymnastik.** (Ist im Original in Nr. 43 dieser Zeitschrift erschienen.)

Aussprache:

Dr. **Hertzell** (Bremen): Ich möchte meiner großen Genugtuung über die Anregung des Herrn Kirsch Ausdruck geben. Auch ich halte es für die Pflicht der Mechanotherapie treibenden Aerzte, in aufklärendem Sinne hinsichtlich der die Gesundheit und Kraft befördernden Wirkung der Gymnastik und des Sports auf die Bevölkerung einzuwirken. Der hohe Wert der Bewegungsfunktion für die Entwicklung des Körpers ist überall anzuerkennen, ob er nun in medikomechanischen Instituten oder aber in der freien Natur zur Geltung kommt.

Dr. **Hirsch** (Charlottenburg): Ich möchte Ihnen einige Elektrokardiogramme zeigen, die ich an Rennfahrern beim Sechstagerennen aufgenommen habe, weil sie Ihnen die Anstrengung der Herzmuskulatur am Schluß des Rennens und die mächtige Erschlaffung 12 Stunden nachher zeigen. Daraus ist man aber nicht berechtigt, den Schluß zu ziehen, daß das Radfahren das Herz dauernd schädigt, wie behauptet wurde. Bei richtiger Uebung, gutem Training, leidet das Herz nicht, wie denn das beste Elektrokardiogramm, das ich je gesehen habe und Ihnen hier zeige, von einem der berühmtesten, wenn nicht dem berühmtesten Berufsrennfahrer gewonnen wurde.

Dr. **Meyer** (Lübeck): Der Turnunterricht ist während des Krieges sehr in den Hintergrund gedrängt gewesen. Deshalb haben die Aerzte die Pflicht, energisch auf die Innehaltung eines geregelten Turnbetriebes hinzuweisen. Die sportliche Betätigung in den Schulen ist unbedingt unter ärztlicher Aufsicht vorzunehmen. Insbesondere sind Wettkämpfe bei der heranwachsenden Jugend wegen der Ueberanstrengungen des Herzens zu unterlassen. Auch dem Radfahren der Kinder ist große Aufmerksamkeit von seiten der Aerzte zu widmen.

Geheimrat Prof. Dr. **Schütz** (Berlin): Als Zuhörer bei einer Reihe von Vorträgen, die sich auf alle Gebiete sportlicher Betätigung erstreckten, konnte ich kürzlich die Beobachtung machen, daß die Stellung des Arztes zum Sport vielfach nicht richtig aufgefaßt wird. Der Arzt, welcher durch seinen Beruf veranlaßt wird, eine gesunde Entwicklung der Jugend nach Kräften zu fördern, wurde als der unbequeme Warner und Hinderer bezeichnet, von dem man ein zutreffendes und sachkundiges Urteil in sportlichen Dingen nicht erwarten könne. Wir werden uns durch solche negative Anerkennung weder unsere Freude am Sport noch unser Urteil über den gesundheitlichen Wert der verschiedenen sportlichen Leistungen trüben lassen. Unsere Aufgabe ist klar vorgezeichnet. Wir haben die Pflicht, die heranwachsende Jugend vor den Schädigungen durch unzweckmäßige und übertriebene sportliche Betätigung zu bewahren und ihr die im Sport liegenden reichen Quellen von Kraft und Gesundheit rechtzeitig und rein zu erschließen. Wir werden konstitutionsschwache und in der Entwicklung verzögerte Kinder die vorsichtige, individuelle Ueberwachung, wie wir sie beim Turnen und bei der gymnastischen Behandlung gewohnt sind, in der Auswahl und Ausdehnung sportlicher Uebung nicht entbehren lassen. Wir werden u. a. bei wenig leistungsfähigen Herzen die Teilnahme an sportlichen Wettkämpfen, Regatten etc. besonders dann untersagen müssen, wenn ein gesundes Training nicht möglich ist. Für diesen Standpunkt sind Erfahrungstatsachen maßgebend, die sich nicht ungeschehen machen lassen.

Dr. **Michaelis** (Leipzig): Als Sportarzt des Vereins für Bewegungsspiele habe ich Erfahrungen auf dem Gebiete des Fußballsports gesammelt und möchte darauf hinweisen, daß die angefeindeten rohen Eigenschaften dieses Sports sich nur bei sog. „großen Spielen" finden, daß der Sport als solcher aber durchaus anderen Sportarten die Wage hält, wenn er, wie es jetzt der Fall ist, durch langsames Training unter Aufsicht von Aerzten und Sportlehrern eingeleitet und ausgeübt wird. Die größeren Vereine haben solche Sportlehrer und beginnen das Training gewöhnlich ganz langsam durch Dauerlauf und Freiübungen. Dann werden die Sportschüler in die Jugendgruppe aufgenommen und rücken erst ganz allmählich in fortgeschrittenere Gruppen auf.

Dr. **Pahlhorn** (Berlin): Gelegentlich des Hochschulkursus für Leibesübungen in Berlin 1919/20 forderte eine Vertreterin der Frauensportbewegung die Entfernung des Tennisspiels aus den Uebungen für Frauen, weil die Anmut und Schönheit unter diesem Spiel leide, und forderte Einführung des Fechtens, Faust-, Korb- und Tambourinballspiels. Mir selbst erscheint — im allgemeinen — erforderlicher, bei Auswahl der Uebungen für das weibliche Geschlecht die Anmut und Schönheit nicht allzusehr in den Vordergrund zu schieben, sondern mehr die Zweckmäßigkeit mitsprechen zu lassen, die vor allem auf Erstarkung und Gesundung der deutschen Frauen hinzielen muß.

Sanitätsrat Dr. **Kirsch** (Magdeburg) stellt folgenden Antrag:

„Die Aerztliche Gesellschaft für Mechanotherapie stellt beim Ministerium für Volkswohlfahrt den Antrag, daß die sportliche und gymnastische Durchbildung der Jugend erweitert wird."

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

Prof. Dr. **Marcus** (Posen): **Ueber die notwendige Erweiterung der Untersuchung Unfallverletzter auf Erwerbsfähigkeit durch Berufsfähigkeit.** (Erscheint im Original in vorliegender Nummer.)

Aussprache:

Sanitätsrat Dr. **Kirsch** (Magdeburg): Bei diesen Vorschlägen kommt auch eine Aenderung des Unfallversicherungsgesetzes in

Frage. Die Stellungnahme der beteiligten Kreise fällt hierbei natürlich ins Gewicht.

IV. Bücherschau.

Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Von Prof. Dr. **J. Schwalbe** (Berlin). — Achtes Heft: **Krankheiten der Lunge, des Brust- und Mittelfells.** Von Reg.-Rat Prof. Dr. **Hermann Schlesinger** (Wien). — Leipzig, 1919, Verlag von Georg Thieme. — 168 Seiten, 24 Textabbildungen. — Preis M. 6,50.

Der vorliegende Band ist seiner Aufgabe ganz besonders gerecht geworden. Verf. hat in Erfahrungen von fast drei Dezennien an großen Anstalten und in zahlreichen Beratungen mit älteren und jüngeren Kollegen gewisse typische Irrtümer bei der Diagnose und Therapie der Krankheiten der Lunge, des Brust- und Mittelfells festzustellen vermocht und in dem vorliegenden Buch eingehend begründet. Den größten Raum beansprucht naturgemäß die Kritik der diagnostischen und therapeutischen Irrtümer der Lungentuberkulose. Unter dieser Prävalenz haben jedoch die übrigen Kapitel nicht Not gelitten. Es sei besonders auf das wertvolle Kapitel vom Bronchialasthma hingewiesen. Verf. hat sich in dem ganzen Buche streng an das eigentliche Thema gehalten und ist der Klippe, sich zu weit in andere Fragen der Diagnostik und Therapie zu verlieren, gut entronnen. Dadurch ist die Uebersichtlichkeit des Buches eine so ausgezeichnete. Eine besonders schätzenswerte Beigabe bilden 24 Textabbildungen nach Röntgenaufnahmen von R. Kienböck (Wien), die durch kurze Beschreibungen trefflich erläutert sind und das Verständnis des Ganzen ausgezeichnet erleichtern und fördern. — Bücher wie das vorliegende gehören in die Bücherei des ärztlichen Praktikers. Der Arzt soll nicht nur aus seinen eigenen Fehlern lernen, sondern es ist viel vorteilhafter für ihn, wenn er aus den Irrtümern anderer den Schatz seiner eigenen Erfahrungen ergänzen kann, die seinen Patienten zugute kommen. Hh.

Gesundheitslehre des Weibes. Von Frauenarzt Dr. **Franz Jäger**, Hausarzt des Mütterheims des Vereins Mutterschutz in München. Verlag der Aerztlichen Rundschau Otto Gmelin, München 1920. 92 S. Mk. 10.

Vorliegende Schrift giebt in kurzer, einfacher, dem Verständnis der Frauen aller Stände angepaßter Darstellung einen Ueberblick über den Bau der weiblichen Geschlechtsorgane und die Vorgänge der Menstruation, Schwangerschaft und Geburt und darauf gegründet Anweisungen für gesundheitsgemäßes Leben im allgemeinen sowohl wie während der Schwangerschaft und im Wochenbett. Ein kurzes Kapitel ist den Geschlechtskrankheiten gewidmet. Hier wäre vielleicht eine größere Ausführlichkeit am Platze gewesen, besonders bezüglich der Verbreitungswege der Geschlechtskrankheiten und ihrer Bekämpfung. Dagegen hätte die eingehende Darstellung, die Verfasser von Semmelweis' Entdeckung der Aetiologie des Puerperalfiebers und seinen hierüber mit seinen Fachgenossen geführten Kämpfen giebt, ruhig fortbleiben können. Sie paßt nicht recht in den Rahmen der Schrift, auch bildet die ganze Sache kein Ruhmesblatt in der Geschichte der modernen Medizin. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Breslau. Hier wurde vor kurzem die neubegründete ostdeutsche Akademie für soziale Hygiene in Gegenwart von Vertretern der staatlichen und städtischen Behörden, der Universität und der Aerzteschaft feierlich eröffnet. Der Leiter der Akademie, Prof. Dr. Prausnitz, kennzeichnete in seiner Rede den Lehrplan, der u. a. Mutterschutz, Säuglingspflege, Kinderfürsorge, Schulhygiene, Wohnungs- und Ernährungswesen, Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten umfaßt. Als Vertreter des Ministers für Volkswohlfahrt begrüßte Ministerialdirektor Prof. Gottstein die Akademie.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Privatdozent Dr. Erich Becker, Oberassistent an der chirurgischen Abteilung des hiesigen zahnärztlichen Universitätsinstituts, wurde zur Vertretung des nach Königsberg gehenden Prof. Adloff und zur Leitung des Greifswalder zahnärztlichen Universitätsinstituts berufen.

Magdeburg. Im Alter von 45 Jahren starb Dr. Weinbrenner, Direktor der Magdeburger städtischen Frauenklinik.

Bonn. Im Alter von 65 Jahren starb Prof. Dr. Hugo Ribbert, Ordinarius für pathologische Anatomie und allg. Pathologie an der Bonner Universität. Der Verstorbene, zu Hohenlimburg in Westfalen geboren, hatte seine medizinischen Studien hauptsächlich in Bonn unter Leydig und Koester absolviert, 1878 wurde er Assistent am dortigen pathologisch-anatomischen Institut, habilitierte sich dort 1880 als Privatdozent und wurde 1883 a. o. Professor der pathologischen Anatomie und allg. Pathologie. 1892 wurde er als Ordinarius nach Zürich berufen, 1900 nach Marburg, 1903 nach Göttingen, 1905 wieder nach Bonn. Ribbert nahm unter den deutschen Pathologen eine führende Stellung ein, seine Forschungen galten vorwiegend der Geschwulstlehre. Bekannt sind seine Lehrbücher der pathologischen Histologie und der allgemeinen Pathologie und speziellen Pathologie und pathologischen Anatomie.

Der ordentl. Honorarprofessor und Direktor der Bonner Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten Dr. Heinrich Walb tritt in den Ruhestand.

Frankfurt a. M. Dr. Richard Koch habilitierte sich für Geschichte der Medizin. Dr. Emil Altschüler wurde zum Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde ernannt.

Wiesbaden. Zum ärztlichen Direktor der inneren Abteilung des hiesigen städtischen Krankenhauses als Nachfolger des verstorbenen Prof. Weintraud wurde der langjährige Oberarzt der Abteilung Dr. A. Géronne gewählt.

Tübingen. Dr. Eduard Borchers habilitierte sich für Chirurgie.

Wien. Prof. Dr. Karl Toldt, der bekannte Anatom und frühere Ordinarius für Anatomie an der Wiener Universität, ist im Alter von 80 Jahren gestorben. Er hatte 1864 promoviert, wurde 1876 ord. Prof. der Anatomie in Prag und 1884 nach Wien berufen. Außer Einzelabhandlungen verfaßte er ein Lehrbuch der Gewebelehre, gab das Langer'sche Lehrbuch der Anatomie nach dessen Tode heraus, endlich rührt von ihm ein großer Atlas der Anatomie her, den er zusammen mit A. della Rosa herausgab. Bei Gelegenheit seines 80. Geburtstages im Mai d. J. hatte ihn die Wiener philosophische Fakultät wegen seiner Verdienste um die Anthropologie zum Ehrendoktor ernannt.

Universitätsstatistik. An den deutschen Universitäten waren im verflossenen Sommersemester 85 000 Studirende (gegenüber 55 000 im Sommer 1914) eingeschrieben. Medizin studierten 18 319 (gegen 16 048 i. J. 1914), Zahnheilkunde 4723 (gegen 976 i. J. 1914).

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Berlin. Am 25. Oktober wurde hier ein Zentralverband für Desinfektion und Hygiene begründet. In der Gründungssitzung sprach Geh. Obermedizinalrat Dr. Lentz vom Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt über „die Desinfektion in ihren Beziehungen zur Seuchenbekämpfung". Als seinen Zweck bezeichnet es der neue Verband, neben der Wahrnehmung und Förderung aller gemeinsamen Interessen der ihm angeschlossenen Betriebe der Desinfektions- und Hygiene-Industrie, die Behörden und sonstigen öffentlichen Interessen für die Bestrebungen des Vereins zu interessieren und die Volksgesamtheit über den Wert von Desinfektion und Hygiene für die allgemeine Volkswohlfahrt aufzuklären.

Der nächstjährige Kongreß der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin ist für April 1921 in Aussicht genommen und wird unter dem Vorsitz von Prof. Georg Klemperer in Wiesbaden stattfinden.

In Nauheim tagte im Anschluß an die Naturforscherversammlung die neugegründete akademische Fachgemeinschaft deutscher Oto-Laryngologen. Die Gemeinschaft faßte den Beschluß, daß die deutschen Hals-, Nasen- und Ohrenkliniken den Aerzten und Studierenden derjenigen feindlichen Länder, deren wissenschaftliche Gesellschaften und Hochschullehrer die Vertreter der deutschen Medizin boykottieren, für die Dauer dieser Verrufserklärung grundsätzlich verschlossen bleiben.

Verschiedenes.

Einbeck. Zum Andenken an den Apotheker Sertürner, den Entdecker des Morphiums, wurde in der Bartholomaikapelle, der Grabstätte Sertürners, ein großer Gedenkstein errichtet. S. war ursprünglich Apothekergehilfe in Einbeck, später (1821—1841) Apothekenbesitzer in Hameln.

Berichtigung.

Herr Geheimrat Prof. F. Schultze (Bonn) macht uns auf einen in dem Referat über seine Arbeit „Ueber rheumatische Lumbago" (S. 232 d. Jahrgangs) untergelaufenen Fehler aufmerksam. Es handelt sich dort um die Lumbagoanfälle, von denen er selbst wiederholt betroffen wurde, nur auf diese bezieht sich seine Auffassung über den Sitz der Erkrankung im Ileopsoas, sowie auch die Bemerkungen über die Therapie. Der Irrtum ist entstanden durch einen in der Originalarbeit sich findenden Druckfehler, wo „Lumbagofällen" anstatt „Lumbagoanfällen" stand.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.



Aus dem Gutachten des öffentl. Lab. von Dr. Aufrecht, Berlin:

Bakteriologischer Befund:

Kulturversuche haben ergeben, daß die Probe frei von schädlichen Mikroorganismen war.

Chemischer Befund:

Wasser	7,88 %
Stickstoffsubstanz	67,96 %
Fett (Aetherextrakt)	2,80 %
Lösliche Kohlenhydrate	19,12 %
Unlösliche Kohlenhydrate	0,52 %
Rohfaser	0
Asche	1,72 %
Phosphorsäure	0,46 %
Von der Stickstoffsubstanz erwiesen sich als verdaulich	88,2 %

Nach diesem Befund halte ich die Probe für ein beachtenswertes Präparat. Es ist besonders gekennzeichnet durch den hohen Gehalt an leichtverdaulichen Eiweißstoffen, besitzt bei sachgemäßer Aufbewahrung eine gute Haltbarkeit und gibt, mit Wasser oder Milch angerührt und aufgekocht, eine schmackhafte Speise von reinem, mildem Geschmack. In hygienischer Beziehung gibt sie zu einer Bemängelung keinen Anlaß.

Kostenfreie Muster stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Trocknungs-Werke Oetker & Co., G. m. b. H., Bielefeld

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang — Berlin, 27. November 1920 — No. 48

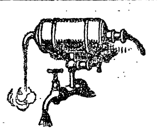
Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes





„Schalt ein!" und ohne Vorbereitung fließt's warm und kalt aus jeder Leitung!
Hervorragende Neuheit!
(Patente angemeldet.)
Elektr. Warmwasser-Apparat
für jede Wasserleitung.
Sofort fließendes heißes Wasser.
Illustr. Prospekte usw. umsonst.
Richard Korant, Berlin-Wilmersdorf, Uhlandstr. 116.

Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025–0,05 / 0,1–0,15
Pil. Solveoli Jasper 0,05–0,1–0,15 / 0,2–0,25–0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01–0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:
Kreosot 0,05–0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45 %, Haemoglobin 9 %, peptonis. Muskeleiweiß 46 %.
Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:
Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) Jasper 0,05
scat. unam orig.
Nur echt in geschlossener Originalschachtel.
Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
Bernau bei Berlin.

Jeder Arzt, der eine **einfache,** dabei aber **zweckmäßige**

Buchführung

anlegen will, benutze für das kommende Jahr: das

Patienten-Journal 1921

Dasselbe erscheint im Dezember in folgenden Ausgaben:

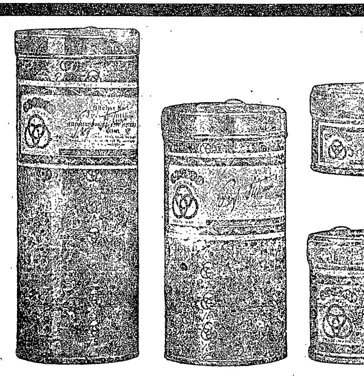
			zuzüglich Porto und Verpackung auswärts	Berlin und 1. Zone
A	mit 256 Konten	M. **17.—**	M. 1.50	M. 1.50
B	„ 512 „	„ **33.—**	„ 3.—	„ 2.25
C	„ 768 „	„ **48.—**	„ 3.—	„ 2.25
D	„ 1000 „	„ **62.—**	„ 3.—	„ 2.25

Auf Wunsch auch Extra-Anfertigung von Journalen mit über 1000 Konten, die mit M. 6.25 für weitere je 100 Konten berechnet werden.

Gutes Papier! Dauerhafter Einband!

Probeformulare versendet kostenlos

Oscar Coblentz, Verlag
Berlin W 30



Die seit 28 Jahren bewährten

sterilisierten Einzelverbände

nach Herrn Professor Dr. Dührssen

werden wieder in alter Güte von allen Verbandstoffhandlungen und Apotheken geliefert.
Wir machen insbesondere auf die

Tamponadenbüchsen

für Geburtshelfer und Hebammen aufmerksam, ferner auf die

chirurgischen Universalverbände

Nr. 4–5, die für die ärztliche Sprechstunde und für Rettungskästen auch zu 10 (Nr. 11a) resp. 16 (Nr. 11) Stück in einer Büchse verpackt geliefert werden. Sie enthalten Kompressen, Watte und eine Mullbinde. — Man verlange ausführliche Liste.

ARNOLD PASSMANN
Fabrik sterilisierter Einzelverbände (nach Prof. Dr. Dührssen).
Berlin O, Andreasstr. 32. Fernsprecher: Alexander 826.

Alleinvertrieb:
Aktiengesellschaft für medizinische Produkte,
Berlin W 8, Kanonierstr. 44. Fernsprecher: Zentrum 9075/76.

Sarnol

bewährtes **Antiscabiosum** in flüssiger Form mit den unschätzbaren Vorzügen: **fettet nicht, schmutzt nicht, greift die Haut nicht an,** bei **zuverlässiger** Wirkung.

Rheumamenthol

bewährt bei Muskel- und Gelenkrheumatismus, Ischias, Nervenschmerzen.
Alkoholische Einreibung von besonders kräftiger Wirkung.

Literatur und nähere Angaben auf Wunsch.

Pharmac. Laborat. „Hada"
Dortmund.

Rotolin-Pillen

haben sich nachweisbar seit Jahren bewährt bei verschiedenen

Erkrankungen der Atmungs-Organe

insbesondere bei

Bronchitis

Literatur und Aerzte-Muster kostenlos durch

„PHARINDHA" Ges. m. b. H.
(bisher Ploetz & Co.), Berlin SW 68.



BABY-CREME
„Kosmata"
FEINSTES
SPEZIALERZEUGNIS
FÜR DIE
KINDERHAUT.
REIZLOS-MILDE
ERSTKLASSIGE AUFMACHUNG!
BINDER & KETELS
HAMBURG-BERLIN
ZENTRALVERKAUFSKONTOR:
HAMBURG 23.

89. Jahrgang Berlin, 27. November 1920 No. 48

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen des Bewegungsapparates.*)

Von San.-Rat Dr. **Hoffmann**,
Bad Warmbrunn im Riesengebirge.

Bei den unerhörten Anstrengungen, die der Bewegungsapparat unserer Krieger auszuhalten hatte, bei den ganz außergewöhnlichen Einwirkungen von Kälte, Hitze und Nässe ist es nicht verwunderlich, daß neben den Folgen von Verwundungen, Verletzungen und Verbrennungen Schädigungen durch innere Erkrankungen in ungezählten Fällen eintraten und als chronische Folgezustände in Behandlung der Badeärzte kommen. Knochen und Gelenke, die Muskeln, Blutgefäße und Nerven wurden wegen ihrer großen Massen und wegen ihrer Lage fast immer bei Verwundungen betroffen; Rheumatismus aller Arten, Erkrankungen des Nervensystems, der Bewegungsorgane von den motorischen Zentren des Gehirns bis zu den Finger- und Zehenspitzen nahmen ungemein häufig chronische Formen an. Zur Linderung der Schmerzen und Beschwerden aller Teile des Bewegungsapparates, zur Heilung und möglichsten Beseitigung der Störungen müssen die Kurmittel unserer Badeorte in früher nicht geahntem Ausmaß herangezogen werden.

Nach Verwundungen, Verletzungen und Verbrennungen im Bereich der Haut und des Bewegungsapparates sind die dauernden Störungen fast immer durch das Vorhandensein von Narben bedingt. Bei der leichten Quetschung bis zur Zertrümmerung ganzer Gliedmaßen entstehen Narben in den betroffenen und zerstörten Geweben, weil der Körper das Bestreben hat, Lücken zu schließen und seine Gewebe möglichst auf den alten Bestand wieder zurückzubringen. Die anfänglich sulzigen weichen Ersatzgebilde machen wenig Beschwerden, erst nach ihrer Zusammenziehung und Verkleinerung, nach ihrer Verhärtung beginnt der Druck auf die Unterlage, beginnt die Benachteiligung und Reizung der benachbarten Gewebe mit allen ihren Folgezuständen.

Narben im Gehirn und in den Hirnhäuten, auch in den über den Schädelknochen liegenden Weichteilen erzeugen heftige Beschwerden und Störungen. Erkrankungen und Narben, die das motorische zentrale Neuron betreffen, haben zur Folge: Muskelabmagerung von den geringsten Graden bis fast zu völligem Schwund infolge Unmöglichkeit des Gebrauches der von ihnen versorgten Gliedmaßen — Inaktivitätsatrophie — oder Erhöhung der Muskelspannung — Hypertonie —, spastische Lähmung, Steigerung der Reflexe, bisweilen Zitterkrampf — Klonus —, traumatische Epilepsie usw.

*) Referat auf dem 36. Balneologen-Kongreß in Berlin.

Werden Teile des peripheren Neurons betroffen, so finden wir ausgesprochene Muskelabmagerung mit genauer Begrenzung der betroffenen Muskelgruppen, Herabsetzung der Muskelspannung, schlaffe — paralytische — Lähmung, Abschwächung bis Fehlen der Reflexe, Entartungsreaktion.

Narben der Haut schädigen bei stärkerer Zusammenziehung die daruntergelegenen Teile, bei ringförmiger Anordnung können sie zum teilweisen bis ganzen Absterben der Gliedmaßen führen.

Narben der Muskeln haben Beeinträchtigung der freien Beweglichkeit der Gelenke, oft Kontrakturen und dauernde Feststellung in bestimmter Haltung zur Folge. Narben in der Nähe von Blutgefäßen können zu völligem Verschluß der Schlag- und Blutadern führen und brandiges Absterben der versorgten Körperteile, beziehungsweise dauernde Anschwellungen durch Blutstauung bedingen.

Unser ganzes Bestreben muß darauf gerichtet sein, die Narben in ihrem Gefüge aufzulockern, sie zu dehnen, die Beschränkung der Beweglichkeit der betroffenen Glieder nach Möglichkeit zu beseitigen und vorhandene Schmerzen und Beschwerden zu lindern. Dazu ist kein Mittel geeigneter als die Balneotherapie mit all ihren Hilfsmitteln. Die schonende Lockerung der Narben des Bewegungsapparates ist bei der Behandlung der Kriegsbeschädigten eine der Hauptanzeigen für den Badearzt.

Wie bekannt, wird die Narbe zum größten Teil gebildet aus aufsprossendem Bindegewebe; die benachbarten mehr oder weniger intakten Gewebsteile schicken in lebhaften Proliferationsvorgängen Blut- und Lymphgefäße in die Bindegewebslücken hinein; Nerven wachsen mit ihnen, sie bedingen u. a. die große Empfindlichkeit des frischen Narbengewebes. Nach einiger Zeit werden die Bindegewebsfasern straffer, derber; elastische Fasern bilden sich und durchziehen netzartig das Narbengewebe; zellige Elemente drängen sich aus den Blut- und Lymphgefäßen und lagern sich, chemotaktisch angezogen, in die Gewebslücken.

Gerade diese verschiedenartige Zusammensetzung des Narbengewebes unterstützt uns in unserem Vorhaben. Alle Hydro- und Balneotherapie gründet sich auf die Einwirkung von Wärme und sogenannter Kälte, die an die erkrankten Teile durch das Medium des Wassers herangeführt wird. Durch äußere Wärmeeinwirkung führen wir den benachbarten Geweben neue Energie zu, wir beleben den Stoffumsatz, bewirken beschleunigte Strömung der Blutflüssigkeit. Hierdurch erzielen wir parallel verlaufend Quellung der Zellwände, Veränderung des Zellturgors, des spezifischen Gewichtes der Zellen, vermehrte Sekretion und Zellwachstum; die lebensfähigeren Elemente drängen sich mit gewaltiger Erzeugung von Energiewerten zwischen die weniger aktiven Gewebselemente, wie die Wurzeln von Pflanzen,

die, in Steinmassen hineinwachsend, stärkste Widerstände überwinden, die bis zur Sprengung von Steinmassen führen. Hinzukommt als Folge der Wärmeeinwirkung die erhöhte Bewegungsfähigkeit der glatten und quergestreiften Muskulatur in der Nachbarschaft der Narbe und die gewaltige Energiezuführung durch den erhöhten Blutdruck, Zunahme der gesamten Leistungsfähigkeit des Herzens, die bekanntlich schon in normalem Zustande 20 000 Meterkilogramm in 24 Stunden beträgt. Die Zuführung einer Wärmeeinheit ist auf 427 Meterkilogramm berechnet worden. Verfolgen wir diese Vorgänge weiter, so sehen wir, daß ein Teil der zugeführten Wärme auf die Erhöhung der Temperatur der festen Gewebsteile verbraucht wird, ein anderer Teil bewirkt die Vergrößerung des Volumens; der erste Teil vermehrt die Bewegungsenergie der in Bewegung befindlichen Körpermoleküle, geht also als unsichtbare Bewegungsenergie in diese über, der andere Teil leistet Arbeit, indem er die gegenseitige Entfernung der Moleküle ändert und vergrößert. Zugeführte Wärme bewirkt Trennung der sich anziehenden Elemente, überwindet äußere Widerstände. Begünstigt wird die dadurch herbeigeführte Lockerung des Narbengewebes noch durch den Umstand, daß die verschiedenen sie zusammensetzenden Gewebselemente eine verschiedene Aufnahmefähigkeit für Wärmeschwingungen haben und durch das verschiedene Verhalten einzelner Gewebsteile der Wärmeeinwirkung gegenüber. Die Bindegewebsfasern, die den Hauptteil des Narbengewebes bilden, dehnen sich unter dem Einfluß erhöhter Wärme aus, die elastischen Fasern hingegen ziehen sich zusammen wie Kautschuk, der durch Kälteeinwirkung ausgedehnt, durch Wärme dagegen zusammengezogen wird. Alle diese Betrachtungen bekannter Tatsachen beweisen unumstößlich die bei genügender Größe der Narbe dem Auge erkennbare Lockerung des Narbengefüges durch die Wärme; die Träger von Schmißnarben wissen davon zu erzählen.

Verwunderlich bleibt es, daß gewisse Badeorte, besonders solche mit naturwarmen Quellwässern, mit Vorliebe zur Besserung der durch Narben hervorgerufenen Beschwerden aufgesucht werden. Zugegeben muß werden, daß in den betreffenden Kurorten gewöhnlich mehrere Kurmittel, wie Moorbäder und -umschläge, elektrische Bäder, heiße und kalte Duschen bei Behandlung der Kriegsverletzten Verwendung finden. Es scheint aber doch, als wenn da etwas Besonderes im Wasser steckt. Geheimrat Scholz, ein alter Balneologe von unbestechlicher Kritik, stellte z. B. in Warmbrunn fest, daß Thermalwasser bedeutend länger seine Wärme bewahrt als gleich temperiertes Flußwasser, obwohl dieses ungefähr ebensoviel gelöste Salze enthält wie jenes. Freilich sind es meist andere Salze, um die es sich handelt. Auch Renz machte auf die Differenzen im Wärmeverlust bei Thermal- und gewöhnlichen, gleichhoch temperierten Quellwässern aufmerksam. Er führte diese besondere Art der Thermalwässer zurück auf die andere Artung der Wärmeschwingungen. Nach meinem Dafürhalten ist seine Vermutung richtig. Aus der Physik der Wärme wissen wir, daß die durch Salze hindurchgehende Wärme eine andere Tönung besitzt als die durch reines Wasser fortgeleitete; wir erfahren da von einer Thermochrose, „Wärmefärbung", der Eigenschaft der Wärmestrahlen, unter Umständen z. B. durch ein Steinsalzprisma in Strahlen von verschiedener Wellenlänge zerlegt zu werden, die sich hinsichtlich ihrer Absorption etc. verschieden verhalten. Gehen wir in dieser Betrachtung etwas weiter, so treffen wir bei den verschiedenen Wellenlängen auf Interferenzerscheinungen infolge gegenseitiger Beeinflussung. Vielleicht ist die beruhigende oder erregende Wirkung der verschiedenen Wärmestrahlungen ebenso zu erklären wie bei der Wirkung der Töne auf unsere Gehörnerven. Instrumente mit erregenden und andere mit beruhigenden Wirkungen unterscheiden wir, je nachdem hohe oder die Obertöne der niederen Oktaven mit dem Grundton vereinigt sind. Da in unseren Heilquellen Salze verschiedenster Art und Menge vorhanden sind, so ist nach dem Vorangeschickten die Menge der Kombinationen und Variationen eine ungeheuer viel größere als im Reiche der Töne. Da müssen wir vergleichsweise schon an die Einwirkung durch ganze Orchester denken. Weiter kompliziert werden die Verhältnisse noch dadurch, daß die in den Körper eindringenden Wärmestrahlen auf Gewebe mit verschiedenem Salzgehalt treffen. Ihre Differenzierung wird da noch einmal weiter fortgesetzt. Knochen dehnen sich unter dem Einfluß differenter Wärme anders aus als die benachbarten weicheren Gewebe. Es ist sicher, daß in einem Gelenk, in dem nicht ein völliger Uebergang von Knochen zu Knochen vorhanden ist, in einem Gelenk mit Spuren von Zwischensubstanzen, Gelenkspalten und dergleichen, eine Lockerung der Ankylose durch Wärmeeinwirkung stattfindet. Ob sie groß genug ist, um sie durch aktive und passive Bewegungen über die rein physikalisch durch Wärmeeinwirkung hervorgerufene Lockerung weiter zu vergrößern, hängt von dem einzelnen Falle ab. Die Steigerung der Lebensvorgänge in der Narbe durch Einwirkung differenter Bädertemperaturen folgt der van t'Hoffschen Regel, wonach chemische Vorgänge um das 2—3fache erhöht werden mit dem Steigen der Temperatur um 10 Grad.

Ich mußte bei der Betrachtung der Wärmeeinflüsse auf Narbengewebe etwas länger verweilen, weil auf der Lockerung der Narben durch die Kurmittel unserer Bäder ein großer Teil der Heilungen und Besserungen von Leiden in unseren Kurorten beruht. Seit Jahrhunderten werden die warmen Bäder zur Behandlung der Folgen und Residuen von Verwundungen und Verletzungen aufgesucht. Ob es empfehlenswerter ist, die Narben durch stundenlangen Aufenthalt im Bade, wie das bis Mitte des vorigen Jahrhunderts auch in Warmbrunn üblich war, oder ob es zweckmäßiger ist, nur 10—30 Minuten im heißen Thermal- oder Moorbade zu verweilen, die heißen Duschen vorangehen oder dem Bade folgen zu lassen, bleibe dahingestellt. Nach meinem Dafürhalten genügt ein Bad von kürzerer Dauer, wenn durch Massage und medikomechanische Behandlung und vor allem durch energische aktive Bewegung der gute Erfolg der Bäderwirkung erweitert wird.

Den Narben gleichzusetzen sind die Ausschwitzungen fibrinogener Substanzen in die Gelenkspalten nach Gelenkrheumatismus und anderen Gelenkleiden, die durch innere Krankheiten hervorgerufen sind, auch die Erkrankungen der Sehnenscheiden, der Schleimbeutel und der serösen Häute des Herzens und der Lunge. In allen Fällen findet nach mehr oder weniger reichlicher Absonderung plastischer Substanzen eine Zusammenziehung der neugebildeten Gewebselemente statt, die bis zur starren Fixation und Verklebung gegenüberliegender Schleimhäute führen kann. Auch sie werden, meist unter sichtbarer und meßbarer Anschwellung der Gelenke, Sehnenscheiden usw. bisweilen unter Eintritt von Fieberzuständen durch balneotherapeutische Maßnahmen der Lösung entgegengeführt. In Warmbrunn tritt die Reaktion meist unmittelbar nach dem fünften Bade ein, die akuten Erscheinungen dauern gewöhnlich vier Tage.

Wir treten nun ein in die Betrachtung der Erkrankungen des Bewegungsapparates, die durch Veränderungen der Körpersäfte mit ihren Folgen zur Behandlung kommen. Als Paradigmen interessieren uns dabei besonders der Gelenk- und Muskelrheumatismus und die Erkrankungen peripherer Nerven, die durch Steigerung und Lähmung ihrer Tätigkeit in Erscheinung treten.

Man spricht von einem Problem des Rheumatismus in seinen verschiedenen Abarten. Daß eine Einigung der Forscher über sein Wesen noch nicht stattgefunden hat, ersieht man daraus, daß er bis in die neueste Literatur bald unter die Dyskrasien, unter die Infektionskrankheiten und, wenn Scylla und Charybdis vermieden werden sollen, einfach unter die Erkrankungen des Bewegungsapparates eingereiht wird. Vielleicht helfen gerade balneologische Betrachtungen etwas zur weiteren Aufklärung des Problems. Für mich war das Studium des Rheumatismus schon deshalb sehr interessant, weil ich, einem Ausspruche Ziemssens folgend, einsehen mußte, daß es für den Mediziner gut sei, wenn er einmal nicht am, sondern auf dem Krankenbette geprüft würde.

(Schluß folgt.)

Ueber Spezialärzte für physikalische Therapie und das Honorarsystem in physikalischen Instituten.*)

Von Dr. **Ernst Tobias** in Berlin.

M. H.! Mein Referat umfaßt zwei Teile. Der eine bezweckt die offizielle Konstatierung einer durch den Wandel der Zeiten geschaffenen Aenderung, der zweite eine im Interesse einer Aerztegruppe wichtige Anregung.

Die idyllischen Zeiten, in denen der Arzt seine ganze Disziplin beherrschte und beherrschen konnte, in denen das Spezialistentum zumeist durch die akademischen Lehrer, durch die Leiter der Universitätskliniken und der wenigen städtischen Krankenhäuser vertreten war, sind längst vorüber. Der mächtige Aufschwung, der um die Mitte des vorigen Jahrhunderts einsetzte und die hohe Blüte des geistigen und gewerblichen Lebens im geeinten Deutschland mit sich führte, beflügelte auch die medizinische Wissenschaft und brachte nicht nur den Baum im ganzen zum Wachsen, sondern auch die einzelnen Aeste zu üppiger Entfaltung. Ein Heer von Spezialdisziplinen entstand, und jede einzelne derselben vertiefte sich so gründlich, daß nur eine längere spezielle Ausbildung, die zum Teil auch besondere chirurgische Kenntnisse notwendig machte, die Möglichkeit einer spezialistisch-praktischen Betätigung schuf. Mit der Zeit wurde es unmöglich, daß ein Arzt alles beherrschte; der Spezialist wurde eine Notwendigkeit. Vorteile und Nachteile dieser Entwicklung liegen auf der Hand: Die Vorteile bestehen im wesentlichen in den besseren Entwicklungsmöglichkeiten der Spezialwissenschaften, die Nachteile darin, daß einerseits der Interessen-

*) Referat erstattet in der geschäftlichen Sitzung der Jahresversammlung der Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie am 11. Januar 1920.

kreis des allgemeinen Praktikers allzusehr geschmälert wird, andererseits der Spezialist allzuleicht des Zusammenhangs mit dem Stamm seiner Wissenschaft verlustig geht.

Die Entwicklung des Spezialistentums ist damit aber noch lange nicht an ihrem Ende angelangt. So ließe sich sehr viel darüber sagen, daß immer kleinere ärztliche Gebiete Spezialisten anziehen und Spezialfächer werden. Die innere Medizin als Ganzes ist heute für viele schon zu umfangreich, so daß sie sich aus ihr Teile herausschälen und nur diesen ihre Tätigkeit widmen. So ist der Herzarzt, so der Lungenspezialist usw. entstanden. Daß diese Entwicklung sehr viele Nachteile in sich birgt, vor allem, wenn eine solide allgemeine ärztliche Unterlage nicht vorhanden ist, soll mit wenigen Worten ganz kurz für die beiden herausgegriffenen Beispiele auseinandergesetzt werden. Zunächst der Herzarzt. Ich bin der Ansicht, daß nur ein Arzt mit sorgfältigster klinischer Schulung imstande ist, in Herzdiagnostik und Herztherapie Tüchtiges zu leisten, und daß die ganze moderne Apparatur, so wertvoll sie „unterstützt", in keiner Weise klinische Schulung und Erfahrung zu ersetzen vermag. Aus diesem Grunde kann ich mich nicht mit dem Herzarzt befreunden, der schematisch lediglich auf Grund des Ergebnisses seiner Spezialuntersuchung Diagnosen stellt. Erfahrene und — ehrliche „Herzspezialisten" in „Herzkurorten" klagen oft darüber, wieviele Kranke zu Unrecht in Herzbäder geschickt werden. Jeder Internist ist oder sollte Herzspezialist sein, wobei als conditio sine qua non gelten muß, daß er röntgenologisch geschult ist. Der Besitz eines eigenen Röntgenapparats ist zum mindesten wünschenswert. Zum zweiten der Lungenspezialist. Die Frage des Lungenspezialisten liegt m. E. sehr ähnlich wie die des Herzspezialisten. Ohne mich in Polemiken einzulassen, will ich nur ganz kurz hervorheben, daß hier die Gefahr naheliegt, daß Lungenspezialisten — speziell in Großstädten — allzusehr zu aktiver Therapie getrieben werden, die vielfach mit experimentellen Forschungsergebnissen in Berührung steht, daß die Resultate aber immer dadurch getrübt sein müssen, daß das Milieu ungenügend ist, daß wichtige Faktoren, wie Klima, Ernährung u. dgl. notgedrungen unberücksichtigt bleiben. Nicht in jedem Falle liegen die Verhältnisse so klar, daß ein positiver Bazillenbefund die Diagnose sichert. Der „Internist" sollte sich — wenigstens außerhalb von „Lungenkurorten — auch die Lungenkranken nicht entreißen lassen.

Was uns nun speziell interessiert, m. H., das sind die Spezialisten für ein bestimmtes Verfahren und eine bestimmte Therapie. Sie alle wissen, daß diese Wendung des Spezialistentums auf besonderen Widerstand stieß. Vor allem galt der Therapiespezialist als unwissenschaftlich. Diese Anschauung mußte als veraltet und überholt gelten, als die Röntgenspezialisten auf dem ärztlichen Schauplatz erschienen. Die Röntgendiagnostik und Röntgentherapie erfordern nicht nur eine große spezielle Apparatur, sondern eigenste ärztliche und physikalische Kenntnisse neben einem besonderen persönlichen Geschick. Hier kann das beste Personal nicht den Arzt ersetzen. Erfahrene Röntgenologen sind zudem meist so beschäftigt, daß ihnen zu anderer Tätigkeit die Zeit fehlt. Die Folge davon ist, daß der Röntgen„arzt" außerhalb seiner Spezialität nicht leicht auf der Höhe bleiben kann. Er leistet viel mehr, wenn er sich auf sein diagnostisch-therapeutisches Sonderfach beschränkt, wenn er sich in ihm vervollkommnet und zeitlebens mit allen klinischen und technischen Neuerungen desselben Schritt hält, an denen er selbst wissenschaftlich mitarbeitet.

Was für den Röntgenspezialisten gilt, gilt in erhöhtem Maße für den Spezialisten für physikalische Therapie. Ihn stempelt zum Spezialisten nicht allein die kostspielige Apparatur, ohne die er seinem Beruf nicht obliegen kann, sondern vor allem die auf soliden allgemein-medizinischen Kenntnissen aufgebaute spezialistische Ausbildung, deren er bedarf, nicht nur um physikalisch seine Apparate zu beherrschen, sondern um sie individuell auf den verschiedensten Gebieten der Medizin zur Anwendung bringen zu können. Ein beschäftigter Spezialist für physikalische Therapie ist nicht imstande, neben seiner physikalischen Praxis noch allgemeine Therapie zu treiben; er kann auch nicht — will er nicht die Hauptarbeit seinem Personal überlassen — sich mit dem in sein Gebiet gehörenden Röntgenverfahren befassen, das zumeist eine Arbeitskraft allein beansprucht. Der Spezialist für physikalische Therapie soll nicht wie ein Apotheker Rezepte anfertigen, die von andern verordnet und geschrieben worden sind; er soll auf Grund eigenster Erfahrungen, von Kollegen oder Patienten zu Rate gezogen, selbständig wirken.

Und damit komme ich zum zweiten Teile meines Referats, zu der Honorierung in physikalischen Instituten.

M. H.! Es ist eine allbekannte Tatsache, daß die überwiegende Mehrzahl von physikalischen Heilanstalten wirtschaftlich nicht reüssiert. Fragen wir nach der Ursache, so erhalten wir als Antwort stets den Hinweis auf die übergroßen Unterhaltungskosten (Miete, Licht, Reparaturen, Heizung, Wäsche usw.), sowie die sich demgegenüber notgedrungen in engeren Grenzen haltenden Einnahmen. Es spricht schon für die Größe der wirtschaftlichen Schwierigkeiten, daß, abgesehen von den wenigen Zentralanstalten der Krankenkassen, Polikliniken für physikalische Therapie nicht existieren und auch nicht existieren können. Die Wurzel alles Uebels liegt in dem Tarif, in dem Honorarsystem der physikalischen Institute. Es degradiert den ärztlichen Leiter gewissermaßen zu einem Arzte zweiter Klasse und verhindert jede Rentabilität. Ist der Leiter Spezialist für physikalische Therapie, so soll die ärztliche Leistung und nicht ein beliebiges, in dem Einzelfalle gerade wirksames physikalisches Heilmittel honoriert werden. Der Nervenarzt, der seinen Patienten untersucht, zehnmal den Kopf galvanisiert und ebenso oft die Franclin'sche Kopfdusche einwirken läßt, berechnet nicht kaufmännisch eine Konsultation, zehn Kopfgalvanisationen und zehn Franclin'sche Kopfduschen, sondern er liquidiert für eine Reihe von Konsultationen. Die physikalischen Spezialisten, die über wesentlich zahlreichere Heilmittel verfügen, müssen sich zur Hebung des Ansehens ihres Standes und zur Besserung ihrer wirtschaftlichen Lage auf den gleichen Standpunkt stellen.

Ich verzichte darauf, m. H., einzelnes, was man mir entgegnen könnte, hier näher zu besprechen; ich möchte nur auf einen Einwurf, der m. E. als einziger eine gewisse Berechtigung hat, mit einigen Worten kurz eingehen. Es besteht seit langem in ärztlichen Kreisen eine Strömung, besonders gewisse thermische Prozeduren wie vor allem elektrische Lichtbäder nicht in Badeanstalten, sondern in „ärztlich geleiteten Instituten" nehmen zu lassen, zumal wenn besondere gesundheitliche Umstände die Anwesenheit eines Arztes und seine ärztliche Ueberwachung als wünschenswert erscheinen lassen. Ich brauche nicht besonders hervorzuheben, daß ich diese Bestrebungen durchaus billige; ich glaube aber kaum, daß diese Ueberweisungen „mit Marschroute" gegen die vorgeschlagene Aenderung des ganzen Systems verwertet werden können. Ich glaube vielmehr, daß eine gewisse bescheidenere Berechnung in diesen Fällen der geringeren ärztlichen Inanspruchnahme vollauf gerecht werden würde, wie denn überhaupt der Wert des von mir vorgeschlagenen Modus gerade in der Dehnbarkeit der Honorierung liegt.

Ich würde es lebhaft begrüßen, m. H., wenn meine Anregung dazu beitragen würde, daß die physikalischen Institute nicht nur, wie bisher, immer spesenreicher, sondern wenn sie auch einmal ertragsfähig werden.

II. Referate.

Innere Medizin.

Privatdozent Dr. **Alwens** und Dr. **Moog** (Frankfurt a. M.): **Das Verhalten des Herzens bei der akuten Nephritis.** (Deutsches Archiv f. klin Medizin, Band 133, Heft 5/6.)

An 20 Fällen von akuter Nephritis konnte Verf. feststellen, daß im Anfangsstadium der akuten Nephritis eine Beteiligung des Herzens die Regel bildet. Wichtig ist, daß der genaue und sichere Nachweis der vorliegenden Herzveränderung nur unter Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens einwandfrei zu erbringen ist. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist die nephritische Herzveränderung in diesem Stadium der Erkrankung durch eine Kombination von Hydroperikard mit akuter Dilatation des Herzens gekennzeichnet. Sie pflegt zusammen mit den übrigen Erscheinungen des Höhlenhydrops, des Anasarkas der Haut und den Stauungserscheinungen an den inneren Organen sehr rasch wieder zurückzugehen und normalen Verhältnissen Platz zu machen. Die Hypertrophie der linken Kammer wird erst später, nach Verf. auf mehrere Wochen, nachweisbar und scheint zeitlich mit dem Uebergang der Erkrankung in das subakute bzw. chronische Stadium bei Bestehenbleiben der Hypertonie zusammenzutreffen. — Die Differenzierung zwischen der Beteiligung des Herzens im Anfangsstadium und in dem späteren Verlauf der Nephritis ist sehr beachtenswert. Hh.

Dr. **H. C. Frenkel-Tissot** (St. Moritz): **Zur Frage der sportlichen Albuminurie, besonders bei Skifahrern.** (Ztschr. f. klin. Medizin, Bd. 90, Heft 1/2.)

Verf. steht auf dem Standpunkt, daß zweifellos die Asthenie diejenige Konstitutionsanomalie ist, die in hervorragendster Weise das Zustandekommen von gutartigen Albuminurien begünstigt. Bei der sportlichen Betätigung Trainierter hat Christensen ganz vereinzelt die Absonderung von roten Blutkörperchen aus den Nieren feststellen können, dagegen in sehr vielen Fällen die von Zylindern, welche meist granuliert waren. Im Stehversuch fand man eine ausgesprochene Neigung zur Ausscheidung von roten Blutkörperchen, dagegen wenig Zylindrurie. Verf. fand nach einem Skiwettlauf, dem ein nur kurzes Training voraufgegangen war, sämtliche Urine eiweißhaltig, gleichzeitig 80 Proz. zylinderhaltig und nur ganz wenig mit roten Blutkörperchen

in geringer Menge. Der Unterschied zwischen den Stehversuchen und dem Skiwettlauf ist ganz ausgesprochen und läßt sich dadurch erklären, daß beim Stehen eine Stauung hervorgerufen wird, die zu einer Absonderung von roten Blutkörperchen führt; bei den Skiversuchen dagegen machte sich der Einfluß körperlicher Bewegung und damit mittelbar auf die Blutverteilung in günstigem Sinne hinsichtlich der Ausscheidung der roten Blutkörperchen bemerkbar. Die Genese jugendlicher orthostatisch-lordotischer Albuminurien führt Verf. auf bestimmte Zirkulationsänderungen im Nierengefäßsystem auf dem Boden konstitutioneller Verhältnisse zurück. Hh.

Dr. **Fritz Haastert** (Hagen i. W.): **Der diagnostische und prognostische Wert der Nierenfunktionsprüfung nach Strauss.** (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin, Band 133, Heft 5/6.)

Der Eintagsversuch zur Prüfung der Nierenfunktion nach Strauß wird so gehandhabt, daß 3 Tage vor dem Versuch die Kranken eine bezüglich Kalorien, Kochsalz-, und Stickstoffgehalt einheitliche Nahrung bekommen und der Wassergehalt der Nahrung genau berechnet wird. Tag- und Nachturin werden getrennt nach Menge und spezifischem Gewicht berechnet. In den Versuchen des Verfassers wurde der Kochsalz- und Stickstoffgehalt der Harnmengen prozentual und absolut bestimmt, ferner die Ausscheidung von 0,5 g Kal. jod. kontrolliert. Es wurden 100 Funktionsprüfungen bei 75 Patienten vorgenommen, die zu dem Ergebnis führten, daß die Strauß'sche Funktionsprüfung allein im allgemeinen nicht imstande ist, ein Bild von der Art, Form und Schwere der Nierenerkrankung zu geben. Das ist erst im Verein mit der Reststickstoffbestimmung im Blut möglich. Zur Klärung der Diagnose ist die Reststickstoffbestimmung in allen Fällen notwendig, da sich oft noch Reststickstofferhöhungen finden, wenn die Nierenfunktion schon wieder normal zu sein scheint. Die Indikanreaktion ist kein vollwertiger Ersatz für die Reststickstoffbestimmung. Die Jodkaliprobe ist nicht eindeutig genug, um herangezogen zu werden. Die Kochsalzanalysen erscheinen zu therapeutischen Zwecken wünschenswert, für diagnostische und prognostische Zwecke jedoch überflüssig. Hh.

Dr. **Ernst Kindt** (Hamburg): **Unsere Erfahrungen mit Heilners Sanarthrit.** (Med. Klin. 1920, Nr. 43.)

Verf. hat im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Barmbeck 19 Fälle mit Sanarthrit Heilner behandelt, und zwar 4 Fälle von Periarthritis destruens, 8 Fälle von sekundärer infektiöser Arthritis, 3 Fälle von Spondylitis ankylopoetica. Er glaubt, in keinem von den 19 Fällen von einem wirklich sehr guten Erfolg sprechen zu können; in 4 Fällen war eine erhebliche Besserung nachweislich, eine Verschlechterung nur in einem einzigen Falle. Die Bedeutung des Knorpels für die Arthritiden steht auch für Verf. außer jedem Zweifel. Bei frischen Fällen ist er der Ansicht, daß die Bewegungsstörungen weniger auf Gelenkveränderungen beruhen als auf reflektorischen Spannungszuständen der Muskulatur, die im Bade nachlassen. Auf Grund dieser Erwägungen läßt Verf. in frischen Fällen leichte Bewegungen im Bade vornehmen, um eine Abscherung des Knorpels zu veranlassen, welche nach Roux den physiologischen Reiz für die Chondroblasten bildet und unter Abscherung des kranken Knorpels die stärkere Neubildung eines gesunden neuen Knorpels anregt. Verf. glaubt auf diesem einfachen Wege ähnliches zu erreichen, wie Heilner mit seinem Sanarthrit erstrebt. Hh.

Dr. **Carl Sonne** (Kopenhagen): **Beitrag zur Aetiologie der lordotischen (orthostatischen) Albuminurie.** (Zeitschrift f. klin. Medizin, Bd. 90, Heft 1/2.)

Auf Grund einer Reihe von eindeutigen Untersuchungen ist Verf. zu dem Schluß gekommen, daß die typische orthostatische (lordotische) Albuminurie stets linksseitig ist, da sie von der Kompression (wahrscheinlich mit der Aorta als Bindeglied) der quer über die Mittellinie der Wirbelsäule und über die Aorta verlaufenden linken Vena renalis herrührt. rs.

Nervenheilkunde.

P. Mühlens, W. Weygandt und **W. Kirschbaum** (Hamburg): **Die Behandlung der Paralyse mit Malaria- und Rekurrensfieber.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 29.)

Die Arbeit berichtet über die von der Hamburger psychiatrischen Universitätsklinik und dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten gemeinsam angestellten Versuche, die Paralyse durch Infektion mit Malaria und Rekurrens zu beeinflussen. Man hatte schon früher gelegentlich beobachtet, daß interkurrierende fieberhafte Infektionskrankheiten zu Remissionen bei Paralyse geführt hatten. Neuerdings haben verschiedene Forscher, besonders Wagner-Jauregg, versucht, die Paralyse durch Erzeugung von hochfieberhaften Infektionskrankheiten, besonders von Malaria, zu heilen. In Hamburg erfolgten die fiebererzeugenden Impfungen teils mit Malariablut von rezidivierenden Malariafällen, teils mit Rekurrensblut von einem im Tropeninstitut seit 13 Jahren gezüchteten Stamm von ostafrikanischen Rückfallfieber (mittels Herzblut von infizierten Mäusen). Das zur Infektion dienende Blut wurde den Kranken subkutan in der Menge von ½—1 ccm injiziert. Der Erfolg der Impfungen war positiv, indem immer die betreffenden Krankheiten in typischer Form erzeugt wurden: die Rekurrensfieber meist nach einer Inkubation von 6—7 Tagen, die Tertianaerkrankungen meist nach einer Inkubation von 8—12 Tagen, die Tropikainfektionen nach 8—13 Tagen. Das Ergebnis spricht gleichzeitig gegen die unitarische Auffassung, wonach Tertiana- und Tropika-Parasiten nur verschiedene Formen eines Malariaparasiten seien, der je nach Klima, Jahreszeit usw. in verschiedenen Formen auftreten könne. 33 Paralytiker wurden mit positivem Fiebererfolg geimpft. Bei 12 ist die Beobachtungszeit noch zu kurz, von den übrigen 21 starben 4, aber keiner direkt infolge der Infektion, einer allerdings infolge von Chininidiosynkrasie (tödliche Blutung in der Nachbehandlungsperiode). Von den übrigen 17 Kranken wurden 12 so erheblich gebessert, daß sie wieder ihren Beruf (als Kaufmann, Beamter usw.) ausüben können, 4 weitere wurden etwas gebessert, nur einer blieb unverändert. — Nach diesen Erfahrungen halten es die Verfasser für angezeigt, die Fieberinfektionen bei Paralysen und vielleicht auch anderen Psychosen fortzusetzen. Dabei kommen nur nicht zu alte und schwächliche Kranke in möglichst frühen Stadien der Paralyse in Frage. Am besten eignen sich Tertianaparasiten für die Infektionen. Tropikainfektionen sind nach Erfahrungen von Wagner-Jauregg nicht immer ungefährlich. L.

Dr. **Ernst Stahnke** (Würzburg): **Irreparable Radialislähmung.** (Archiv f. orthop. und Unfallchirurg., Band 17, Heft 4.)

Man kann nur dann von irreparabler Radialislähmung sprechen, wenn die Naht resp. Ersatzoperationen am Nerven ausgeführt wurden und keinen Erfolg hatten, wenn ferner eine Operation am Nerven selbst unmöglich ist oder so gut wie keine Aussichten auf Erfolg bietet. Nach erfolgter Naht muß mindestens ein Jahr abgewartet werden, ehe man ein Urteil über den Erfolg fällen kann. Das Verhalten der Muskulatur gegenüber dem elektrischen Strom ist nicht ohne weiteres maßgebend. Bei irreparablen Radialislähmungen kommt für die Behandlung die plastische Operation oder ein Stützschienenapparat in Frage. Unter den vielen plastischen Methoden dürfte jetzt die supravaginale Sehneneinpflanzung die Methode der Wahl sein. Die Nachbehandlung besteht in passiven Bewegungen mit liegenden volaren Schienen während der ersten 3 Wochen, dann während der nächsten 3 Wochen Entfernung der Schienen für täglich eine Stunde und Ausnützung dieser Zeit für Heißluftbehandlung, leichte Massage und elektrische Behandlung. Von der 7. Woche an soll Patient mit leichten Arbeiten (Schreibübungen pp.) beginnen. Die Schienen haben das Dorsum zu ergreifen; es gibt Schienen, welche die 4 Grundgelenke der Finger zusammen heben, welche die Finger anheben, und zwar durch Zug um die Grundglieder mit Streckung des Handgrundgelenkes, und Stützen, welche an jedem Finger angreifen neben Aufrichtung des Handgrundgelenkes. Hh.

Orthopädie.

Dr. **Franz Magg** (Fellheim): **Die Orthopädie in ihrer Bedeutung für den praktischen Arzt.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 42.)

Verf. hält eine bessere Ausbildung der praktischen Aerzte auf dem Gebiete der Orthopädie für dringend notwendig, um dem Krüppelelend entgegenzuwirken, das durch den Krieg erzeugt ist und durch Rachitis und Tuberkulose sich in Zukunft noch steigern dürfte. Von besonderer Bedeutung für den praktischen Arzt ist eine Reihe von orthopädischen Krankheiten, von deren frühzeitiger Diagnose so viel abhängt und deren Therapie zum großen Teil in die Hand des praktischen Arztes gelegt werden kann. Hierhin gehören die angeborene Hüftgelenksluxation und der angeborene Klumpfuß, die habituelle Skoliose, der Plattfuß, das Genu valgum und die Coxa vara, die Gelenktuberkulose und die Poliomyelitis. Die Beherzigung der Mahnungen des Verfassers ist sehr zu empfehlen, denn „vor allem wird orthopädische Erfahrung des praktischen Arztes viel Krüppelelend verhüten können. Die allgemeine Ausbildung des Studenten und praktischen Arztes in der Orthopädie ist die beste Krüppelfürsorge." Hh.

Dr. **Eugen Neter** (Mannheim): **Ein Fall von Osteopsathyrosis.** (Med. Klin. 1920, Nr. 41.)

Verf. gibt die Leidensgeschichte eines 10jährigen Mädchens an, das mit 1½ Jahren wegen einer Luxatio coxae congenita eine 20 Wochen anhaltende Gipsverbandbehandlung durchgemacht hat und darauf in den 10 Jahren 11 Knochenbrüche erlitt. Ein Zusammenhang mit Rachitis konnte ausgeschlossen werden. Eine gewisse Stoffwechselstörung wird vom Verf. als vorliegend angenommen, zumal eine starke Fettsucht vorlag. Therapeutisch wurde alles Mögliche angewandt, allerdings ohne Erfolg. Hh.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Dr. **M. Steiner** (Duisburg): **Gonorrhöebehandlung mit Gonocystol.** (Med. Klin. 1920, Nr. 31.)

Als neues, sehr brauchbares Balsamikum für die interne Behandlung der Urethritis gonorrhoica posterior empfiehlt Verfasser das Gonocystol (Hersteller: E. Tosse & Co., Hamburg 22). Das Präparat besteht aus relativ kleinen Perlen mit Keratinüberzeug, welche erst im Dünndarm zur Lösung kommen. Gonocystol besteht aus dem Milchsäureester des Santalols in Verbindung mit einem Perextraktivprodukt aus Kawa; zur Herstellung wird das reinste ostindische Sandelholzöl verwendet. Bei regelmäßigen Harnproben beobachtete Verf. in keinem Fall Nierenreizung nach dem Gebrauch von Gonocystol. Der keratinierte Ueberzug der Perlen hat einen aromatischen Geruch, der den Geschmack des Sandelholzöls ganz verdeckt. Der lästige Sandelholzgeruch in der Ausatmungsluft des Patienten fällt ganz fort. Der Preis des neuen Präparats ist nach Verf. relativ mäßig, jedenfalls geringer als der einiger ähnlicher, bewährter Präparate. L.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Balneologische Gesellschaft.

Hr. **Schliep** (Baden-Baden): **Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen des Stoffwechsels, der Verdauungsorgane und der Nieren** (Referat). Ist im Original in Nr. 35 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Lilienstein** (Nauheim): **Elektrische Erscheinungen an der Oberfläche des menschlichen Körpers.** Ist im Original in Nr. 40 dieser Zeitschrift erschienen.

Frl. **Frankenthal** (Berlin): **Haben Mineralwässer eine spezifische diuretische und gewebsauswaschende Wirkung?** Ist im Original in Nr. 39 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **C. Lewin** (Berlin): **Ikterus im Kriege.** Ist im Original in Nr. 41 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Zörkendörfer** (Marienbad-Franzensbad): **Die Glaubersalzquellen als eigene Mineralwassergruppe.** Ist im Original in Nr. 42 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Hirsch** Charlottenburg): **Die Verweildauer verschiedener Mineralwässer im Magen.** Ist im Original in Nr. 44 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Bickel** (Berlin): **Das Schicksal des Kochsalzes bei seiner Zufuhr in den Organismus auf verschiedenen Wegen.** Ist im Original in Nr. 45 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Karo** (Berlin): **Die chirurgische Behandlung der Nierenentzündung.** Ist im Original in Nr. 46 dieser Zeitschrift erschienen.

Aussprache
(zu dem Referat Schliep und zu den Vorträgen Lilienstein, Frankenthal, Lewin, Zörkendörfer, Hirsch, Bickel und Karo):

Hr. Krone (Sooden-Werra): Wir haben in unseren Lazaretten draußen im Osten viele Kriegsnephritiden gesehen, die fast durchweg aus dem Schützengraben kamen und nicht aus der Etappe. Die Kranken hatten zumeist lange Zeit auf bloßer Erde gelegen. Wir sind daher zu der Ansicht gekommen, daß die Erkältungsursache für diese Nephritiden ein wesentlicher Faktor war.

Dann möchte ich den Kollegen Schliep noch um nähere Auskunft über die mir bedauerlicherweise unbekannte Riedbornquelle bitten.

Hr. Strauss (Berlin): Magengeschwüre sind nur selten durch den Krieg erzeugt worden, dagegen nur erst manifest geworden. Genaueres ergibt sich aus meiner Monographie „Magenkrankheiten durch Kriegseinwirkungen". Häufiger waren Magenneurosen. Zahlreich sind dagegen die Residuen nach Dysenterie, die noch lange Zeit die Aerzte beschäftigen werden. Bei den Diabetikern war interessant, daß oft auffällig rasch eine Besserung zu erzielen war, wenn überhaupt eine solche zu erreichen war. Typisches Koma war im Krieg seltener als sonst zu beobachten; an seiner Stelle sah man dagegen häufiger atypische Formen, und zwar einen Zusammenbruch der Zirkulation. Bei der Kriegsnephritis wirkte Erkältung sicher häufig als Schrittmacher, aber meist nicht ohne die Kombination mit anderen Momenten. Die Mehrzahl der Kriegsnephritiden heilte ab, nur wenig wurden chronisch. Wichtig ist, daß für die Behandlung der hier in Frage kommenden Kriegsbeschädigten an den betreffenden Kurorten Vorrichtungen für die Diätbehandlung getroffen werden.

Hr. F. Meyer (Berlin): Ich möchte zu den Ausführungen des Herrn Hirsch, die an sich interessant und grundlegend sein mögen, doch fragen, ob wir ohne weiteres die Resultate, die er am Tiere gewonnen hat, auf die humane Pathologie übertragen können. Es ist doch beim Menschen die Psyche und die pathologische Veränderung der Verdauungsorgane in Betracht zu ziehen.

Die Resultate von Jaworski, der am Menschen Versuche machte, stimmen nicht mit den am Tiere gewonnenen überein. Ich muß daher dieselbe Forderung stellen, wie Herr Brugsch, der eigene Institute der Balneologen zur Prüfung der Mineralbrunnen und balneologischen Probleme entweder am Kurort selbst oder Zentralinstitute fordert.

Hr. Hirsch (Charlottenburg): Ich möchte die Herren, die an Kriegslazaretten tätig waren, fragen, in welcher Zeit nach der Erkältung die ersten Zeichen der Nephritis manifest wurden. Ich habe in einem Feldlazarett gelegentlich der Winterschlacht an der Aa, wo sehr viele Erkältungen vorgekommen sind, keine Fälle von Nephritis beobachten können.

Hr. Tobias (Berlin): Zur Frage der Erkältungsnephritis möchte ich Herrn Strauss fragen, ob man bei dieser Art von Fällen Blutuntersuchungen vorgenommen hat. Ich erinnere an den Muskelrheumatismus, bei dem in neueren Arbeiten Bittorf und Straecker Eosinophilie gefunden haben. Ein gleicher Befund bei der „Erkältungsnephritis" würde interessante Streiflichter auf die Frage der Erkältung werfen und eventuell die wissenschaftliche Position der „Erkältungsnephritis" stärken.

Hr. Strauss (Berlin): Bei Muskelrheumatismus wurde wiederholt Eosinophilie gefunden. Ich habe dies auch bei Kriegsnephritiden nachgewiesen, und seinerzeit als Beweis für einen dermatogenen Ursprung angesehen. Eosinophilie ist aber ein sehr vieldeutiges Symptom. Die Erkältung ist als Conditio für die Entstehung von Krankheiten nicht abzulehnen. Neuralgieen können durch Erkältung auch ohne Infekt entstehen. Theoretisch kann man allerdings über die beim Zustandekommen der Erkältung wirksamen Momente streiten.

Hr. Strasser (Wien): Im Anfang dachte ich auch, daß die Zahl der Magengeschwüre im Krieg vermehrt worden sei, kam aber zuletzt von dieser Auffassung ab, hauptsächlich, weil weder die Magensaftbestimmungen noch die Röntgenbefunde eine einheitliche Auffassung zuließen. Ich glaube auch, daß die neurotische Komponente groß ist, wenn auch nicht in dem Maße, wie sie von Bergmann und Westphal als Ursache von Ulcus ventriculi herangezogen war.

Auch ich habe, wie Herr Strauss, Leute gesehen, die in jugendlichem Alter zugrunde gingen, wie sonst ein schwerer Diabetiker oder ein marastischer Greis. Ich suchte nach Addison, fand sie aber nicht, und so glaubte ich, die Fälle summarisch als „glanduläre Insuffizienz" ansehen zu dürfen. Auch die Nephritis fand ich in der Mehrzahl als gutartig. — Am auffallendsten war die Haematurie, die wir mit keinen Mitteln bekämpfen konnten, und die Polyurie, die mich vermuten ließen, daß eine Abrasio der Epithelien sowohl der Glomeruli als auch der Tubuli anzunehmen sei, wobei die infektiösen Schäden nicht die erste und nicht die größte Rollen spielen. Daher auch die Möglichkeit der restlosen Heilung, die tatsächlich sehr oft gesehen wurde.

Die Balneologie hat sicher in der Behandlung der Nierenkranken eine überragende Rolle, zumal wir tatsächlich außer dem Bade und Diätbehandlung keine sichere erfolgversprechende Behandlungsmethode besitzen. — Die Wirkung der Kälte auf das Blut ist vielfach studiert, zunächst von Murri in seiner Auffassung der Kältechlorose, dann von Reineboth und Kohlhardt, die Zerfall der Blutkörperchen fanden. — Damit ist der Uebergang zur paroxysmellen Haemoglobinurie gefunden, die allerdings nur Disponierte befällt. Bei diesen Fällen ist jedenfalls eine Spasmophilie vorhanden, wenigstens in der Niere (Chvostek). Die Eosinophilie ist nun auch bei der Spasmophilie gefunden worden (Asthma), und läßt die Befunde, die Hr. Strauss erwähnt hat, einigermaßen verstehen.

Hr. Krone (Sooden-Werra): Die Nephritiden kamen je nach der Lage des Kriegslazaretts hinter der Front früher oder später in Kriegslazarettbehandlung; frühestens zwei Tage nach Feststellung der Erkrankung.

Hr. Reicher (Mergentheim): In bezug auf die Bedeutung der Erkältung für die Entstehung der Nierenkrankheiten ist auf die Versuche von Siegel hinzuweisen, der durch Festhalten von Hunden in eiskaltem Wasser Albuminurie und Zylindrurie hervorrufen konnte. Bei Wiederholung dieser Experimente wies ich eine deutliche Adrenalinaemie bei den Hunden nach und stellte daraufhin die Hypothese auf, daß eine Reizung der Nebennieren ätiologisch bei der Nephritis in Betracht käme. Interessanterweise erzeugt Adrenalininjektion auch eine vorübergehende Eosinophilie. Neuerdings hat Volhard diese Theorie der primären Nebennierenreizung bei der Genese der Nephritis sich zu eigen gemacht.

Die Versuche von Hirsch zeigen interessanterweise, daß in bezug auf die Verweildauer im Magen der beschleunigende Faktor, nämlich die Glauber- und Bittersalze, und der hemmende, das Kochsalz, in der Mergentheimer Karlsquelle sich aufheben, so daß sie nicht länger wie Leitungswasser im Magen sich aufhält und trotzdem eine streng spezifische Wirkung ausübt. Interessant wäre eine Ergänzung der Versuche durch reine Bitterwässer, wie Apenta, Friedrichshaller etc.

Hr. Tobias (Berlin): Die Wirksamkeit der Bäderbehandlung ist speziell bei Nierenkranken zu rühmen, aber auch bei Rheumatikern und Stoffwechselkranken, ganz im Sinne, wie sie Strasser im Verein mit Blumenkranz als indifferente prolongierte Bäder empfohlen hat. Sie erfreuen sich noch lange nicht der genügenden Wertschätzung und sind oft viel wirkungsvoller, als differente bevorzugte Bäder, wie vor allem Schwitzbäder.

Hr. Strauss (Berlin): Nicht jede Haematurie ist eine entzündliche. Die finalen Haematurieen vor Abschluß der Heilung sind z. T. durch Stauungen auf vasomotorischem Gebiete erzeugt, die allerdings durch physikalische Maßnahmen, so u. a. auch balneotherapeutische beeinflußt werden können.

Hr. Strasser (Wien): Die Bemerkungen des Herrn Strauss möchte ich dahin ergänzen, daß die Labilität der Zirkulation bei den Nephritikern sicher nachgewiesen wurde. Schütz hat das Symptom der orthotischen Hypotonie festgestellt. Diese Hypotonie konnte durch einfache thermische Reize gebessert werden. — Was nun die Blutung durch lokale Kreislaufstörungen in der Niere betrifft, so erhellt aus alten Untersuchungen, besonders von Senator, daß die Stauung, d. i. die echte venöse Stauung, keine besonders schweren Erscheinungen macht, vielmehr Ischaemieen, die zur Blutung führen, wohl nicht solange der Gefäßkrampf besteht, sondern nachdem er sich gelöst hat.

Hr. Siebelt (Flinsberg): Die Behandlung der Nephritiden im Kurort ist wenig aussichtsvoll nach meiner langen Erfahrung; es liegt dies wohl wesentlich an der Schwierigkeit der Diät. Ferner erinnere ich an die Arbeiten von Axel Winckler über die diuretische Wirkung schwach mineralisierter Quellen, wie z. B. der Kissinger Quelle. —

Zu dem Vortrag Hirsch möchte ich erklären, daß die Vorstellungen über die Verweildauer der Flüssigkeiten im Magen wesentlicher Aenderungen bedürfen. Schon auf der Kraus'schen Klinik wurde durch Röntgenkinematogramme nachgewiesen, daß sie viel kürzer ist, als allgemein angenommen wird. Es ist wesentlich, daß Hirsch dies für die Mineralwässer experimentell nachwies.

Hr. Schliep (Baden-Baden) [Schlußwort]: Ich danke Herrn Strauß, daß er aus dem reichen Schatz seiner Kriegserfahrungen mein Referat ergänzt hat.

Die Frage nach den Eigenschaften der von mir empfohlenen Riedbornquelle ist dahin zu beantworten, daß wir im Riedborn dieselbe Kalziumsulfatquelle besitzen, wie Contrexéville in seiner „Source du Pavillon". Röse war der Erste, welcher die Aufmerksamkeit auf die Riedbornquelle gelenkt hat (s. seine Arbeiten in Veröff. d. Zentralst. f. Balneologie Bd. I, Heft 9 und in M. m. W. 1917, Nr. 10).

Riedborn wird besser vertragen als die Chlorkalziumwässer (Sodenthal, Suderode, Hubertusbad), welche manchen Patienten den Appetit verderben sowie Erbrechen, Angstgefühl, Schwindel und Kopfschmerz erzeugen. Außerdem erhöht Chlorkalzium im Gegensatz zu schwefelsaurem Kalk den Gehalt des Harns an schädlichem Mononatriumphosphat und setzt das Lösungsvermögen für Harnsäure herab. Manche Menschen bekommen nach Darreichung von Chlorkalzium, welches offenbar ein starkes Reizmittel für Herz und Gefäßsystem ist, Herzklopfen. Ferner vermindert Chlorkalzium im Gegensatz zu den Gipsquellen die Diurese und verursacht Stuhlverstopfung. Endlich sind Chlorkalziumquellen trotz der guten Erfolge, welche E. Schultz (Ztschr. f. kl. Med. 86. Bd., 1 u. 2) und Schleissner (Klin.-ther. W. 1917, 41 u. 42) bei Kriegsnephritis gesehen haben wollen — von ihrem hohen Chlornatriumgehalt ganz abgesehen —, bei Nierenerkrankungen zu vermeiden. — Nach privater Mitteilung von Ragnar Berg hat die Riedbornquelle einen Basenüberschuß von 6,39 Milligrammäquivalenten im Liter. — Auch vor der immer noch beliebten Verordnung von phosphorsaurem Kalk kann ich nur warnen: Phosphorsaurer Kalk ist zur Bekämpfung kalkarmer Lebensweise ganz ungeeignet; statt dem Organismus Kalk zuzuführen, beraubt man ihn durch Gaben von primärem oder sekundärem Kalziumphosphat seines Reservekalkes.

Was die Frage der „Erkältung" betrifft, so sei nochmals auf die interessante Arbeit von Schade (Kiel) in der M.m.W. 1919, Nr.36 hingewiesen.

Herrn Strasser erwidere ich, daß nach dem übereinstimmenden Urteil unserer klinischen Lehrer die akute Nephritis ins Bett, aber nicht ins Bad gehört; ein balneotherapeutisches Heilverfahren kann höchstens für chronische Fälle oder als Nachkur in Frage kommen.

Die Beobachtungen Reichers sollten die pathologische Anatomie veranlassen, bei Obduktionen von Nephritisfällen regelmäßig die Nebennieren einer mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen.

Der Vortrag des Herrn Karo gibt mir Veranlassung, die Chirurgen zu bitten, die neuzeitliche Nomenklatur der Nierenerkrankungen, welche pathologische Anatomie und innere Klinik gemeinsam geschaffen haben, sich zu eigen zu machen.

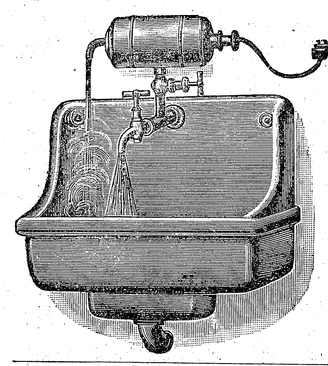
IV. Bücherschau.

Aerztliches Handbüchlein. Von Sanitätsrat Dr. **Hermann Schlesinger.** (Frankfurt a. M.) Zwölfte Auflage. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1920. — 206 Seiten.

An das Schlesinger'sche Handbüchlein hat sich der Arzt schnell so gewöhnt, daß es auf seinem Arbeitstisch gehört und ihm für diätetische, balneotherapeutische und heilgymnastische Maßnahmen ebenso zur Hand sein muß wie das Rezepttaschenbuch für die schnelle Orientierung in der Pharmakologie. In den 20 Jahren seines Erscheinens hat das Handbüchlein 12 Auflagen erlebt, ein Beweis für seine Beliebtheit und allgemeine Anerkennung. Eine besondere Würdigung bedeutet für Schlesingers Handbüchlein die Anerkennung durch unseren unvergeßlichen Altmeister auf dem Gebiete der diätetischen und physikalischen Therapie, Ernst v. Leyden, der die 10. Auflage durch ein ehrenvolles Vorwart geschmückt hat. Die 11. Auflage ist durch nicht minder anerkennende Worte des großen Diätetikers C. v. Noorden ausgezeichnet worden, der auch der vorliegenden 12. Auflage sein lebhaftes Interesse entgegengebracht hat. Die äußere Form des Büchleins ist recht handlich, die Ausstattung gut. Einer besonderen Empfehlung in Aerztekreisen bedarf das Schlesinger'sche Handbüchlein nicht mehr. Dafür ist es zu bekannt. Wir brauchen nur auf das Erscheinen der neuen 12. Auflage hinzuweisen, um dem Büchlein zu seinen alten Freunden neue hinzuzugewinnen. Hh.

V. Technische Neuheiten.

Die Wassererhitzer der Firma Richard Korant in Berlin-Wilmersdorf haben den großen Vorzug, daß sie an jede elektrische Lichtleitung mit einfachem Steckkontakt angeschlossen werden können. Es werden zwei Gruppen von Wassererhitzern hergestellt. Die erste Gruppe erhitzt das Wasser innerhalb weniger Minuten und erzeugt eine kleinere Menge dauernd fließenden heißen Wassers. Diese Apparate eignen sich besonders für den Anschluß an die Wasserleitung des Waschtisches und in Ambulatorien, da sie ohne weitere Vorbereitung das Wasser warm und kalt fließen lassen. Die zweite Gruppe umfaßt die Langsamerhitzer oder Vorratsspeicher, welche größere Mengen warmen Wassers für Küchen- und Badezwecke herstellen; sie sind für Sanatorien und Krankenhäuser recht geeignet. Auch diese Apparate lassen sich ohne weiteres an jede elektrische Lichtleitung anschließen und stellen dadurch eine Warmwasserversorgung dar, die den Vorzug bequemster Handhabung mit geringen Anschaffungskosten verbindet. Vor allen Dingen bedeuten sie für Krankenhäuser und Sanatorien recht handliche, transportable Badeeinrichtungen, die für viele Zwecke willkommen sein dürften und namentlich Schwerkranken wesentliche Erleichterungen bieten. Hh.



VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Die Fraktion der unabhängigen Sozialdemokraten in der preußischen Landesversammlung hat den Antrag gestellt, die Staatsregierung zu ersuchen, die Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit in die Wege zu leiten.

Nunmehr wurde auch in Charlottenburg die neue Akademie für soziale und praktische Medizin im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, eröffnet. Stadtrat Prof. Dr. Röthig hielt die Eröffnungsrede.

Düsseldorf. Die hiesige Westdeutsche sozialhygienische Akademie wurde am 2. November in Anwesenheit des Wirkl. Geh. Obermedizinalrats Prof. Dr. Dietrich als Vertreter des Ministers für Volkswohlfahrt eröffnet.

Berlin. Die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin beabsichtigt eine Prüfungsstelle für neue Arzneimittel ins Leben zu rufen, welche dem Pharmakologischen Institut der Berliner Universität angegliedert werden soll. Dort soll in zweifelhaften Fällen die Zusammensetzung neuer Mittel untersucht werden, während die klinische Prüfung in Kliniken und Krankenhäusern stattfinden wird. Die Kosten sollen durch freiwillige Beiträge seitens der Aerzteschaft aufgebracht werden. Der Deutsche Aerztevereinsbund hat bereits 2000 M. bewilligt.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Im Alter von 82 Jahren starb Prof. Dr. med. et vet. h. c. Wilhelm Schütz, der Direktor des pathologischen Instituts der tierärztlichen Hochschule. Schütz hat als Mitarbeiter von Virchow und Robert Koch hervorragenden Anteil an den Fortschritten der Tuberkuloseforschung.

Münster. Prof. Georg Sticker, früher Dozent für innere Medizin an der hiesigen Hochschule, wurde zum Honorarprofessor ernannt.

Stuttgart. Im Alter von 64 Jahren starb Prof. v. Koestlin, der langjährige Direktor des Kinderhospitals Olga-Heilanstalt.

Heidelberg. Der a. o. Professor Dr. Lust wurde zum Direktor des neuen Kinderkrankenhauses (Badische Landesanstalt für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge) in Karlsruhe gewählt. — Prof. Albert Fränkel wurde wegen seiner Verdienste um die Hebung Badenweilers als Kurort zum Ehrenbürger der Stadt ernannt.

Freiburg. Der a. o. Professor Dr. Franz Knoop, der vor kurzem einen Ruf nach Leipzig abgelehnt hat, wurde zum ord. Professor der physiologischen Chemie ernannt.

Verschiedenes.

Ueber Giftwirkung der Bucheckern und des Bucheckernmehles bei Menschen und Haustieren veröffentlicht Apotheker Dr. Th. Sabalitschka (Berlin-Dahlem) eine umfangreiche Abhandlung, die durch ihre ausführlichen Angaben über eigene und Hinweis auf fremde Versuche und nicht zum wenigsten durch sorgsamste Literaturnachweise über alle diesbezüglichen Veröffentlichungen für Aerzte, Tierärzte, Apotheker und Chemiker gleich wertvoll ist. Da gerade jetzt die Buchelernte einsetzt, dürfte die äußerst instruktive Abhandlung für viele Anregung zu Versuchen in mancherlei Richtung geben. Die Pilz- und Kräuterzentrale, Heilbronn a. N., in deren Organ die fragliche Abhandlung enthalten ist, wird gern bereit sein, das betreffende Heft ihrer Zeitschrift „Der Pilz- und Kräuterfreund" gegen Einsendung von Mk. 1,—, womit keineswegs die Kosten für das Heft und dessen Zusendung gedeckt sind, zur Verfügung zu stellen. Außerdem enthält diese Nummer neben ihrem sonstigen reichen Inhalt noch von Prof. Dr. Lohwag, Wien, eine ausführliche Bestimmungstabelle über die Milchlinge, die Lactarius-Arten, die für unsere Leser, soweit sie Pilzforscher und Pilzfreunde sind, besonders wertvoll sein dürfte.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO16, Cöpenicker Straße 114.



Stirnkühler „PSYGMA“

D. R. P. und Auslandspatente angemeldet.

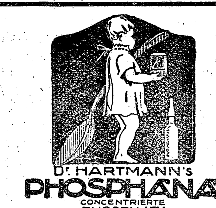
Die natürlichste Hilfe bei Kopfaffektionen u. geistiger Erschöpfung.

Der Stirnkühler ist auf wissenschaftlicher Grundlage nach thermo-dynamischen Grundsätzen unter Ausnützung des physikalischen Prinzips der vergrößerten Oberfläche konstruiert. Die wohldurchdachte radiale Anordnung der Aluminiumbänder bewirkt eine intensive Ableitung überschüssiger Wärme. Der Apparat ist glänzend begutachtet und in ärztlichem Gebrauch. Den Herren Aerzten wird der Apparat jederzeit auf Verlangen gerne vorgeführt.

Broschüren gratis durch „Psygma“ Weltmonopol.

ATHOS-Laboratorium G. m. b. H., Abt. 5

Berlin S59, Hasenheide 88.



DR. HARTMANN'S
PHOSPHANA
CONCENTRIERTE PHOSPHAT-NAHRUNG

Kalk- u. Phosphathaltiges, leicht verdauliches **Kakaopräparat** zur erfolgreichen Bekämpfung aller auf **rachitischer Grundlage** beruhenden Krankheitserscheinungen.

Wirkt hervorragend ernährend!

Prospekte und Probedosen kostenlos.

Nährmittelfabrik
RICHARD HARTMANN
Chemnitz.



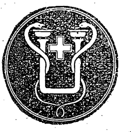
kohlensäurehaltiges bestes Tafelwasser — *natürliches Thermalwasser zu Haustrinkkuren,*

abgefüllt unter Kontrolle der Stadtverwaltung wirkt vorbeugend und heilend bei

Rheuma, Gicht, Katarrhen

der Verdauungs- und Atmungs-Organe etc. Brunnenschriften durch Aachener Thermalwasser „Kaiserbrunnen“ A. G. Aachen-Nord 44





SPIROGON

Praktisches und zuverlässiges Desinfektionsmittel zur **Prophylaxis der Geschlechtskrankheiten.**

Auf den modernsten Lehren der wissenschaftl. Desinfektionskunde aufgebaut und in seiner Wirksamkeit ständig durch das bakteriologische Institut von Dr. Piorkowski-Berlin kontrolliert.

Gratismuster, Prospekte, Literatur zur Verfügung.

Union Fabrik. u. Handelsgesellsch., Berlin SW48, Friedrichstr. 7
Chemisch-Pharmazeutische Abteilung.

Rezepte Mitteilungen, Rechnungen, Briefbogen, Kuverts, bei 5000 einer Sorte franko, konkurrenzlos billig, schnell und sauber

Spezialdruckerei Poessl,
Bad Suderode, Ostharz.

GLYKYLOL

wasserfreie Aluminium-magnesium Silikatpaste

Ein Antiphlogistum als Dauerumschlag
hält stundenlang warm!

Die Probedose **Mk. 9.50**

Chemische Industrie, Berlin SO. 33
Köpenickerstr. 147.

Hermaphroditismus

verus internus m. menses.

Wir offerieren den Originalabguß der Genitalien eines bekannten Hermaphroditen in **tadelloser Ausführung** zum Preise von **M. 50.**— bei Voreinsendung des Betrags. Bei Nachnahme werden Portospesen extra berechnet.

Naturwissenschaftliches Präparatorium
Stuttgart, Ludwigstraße 26. D.

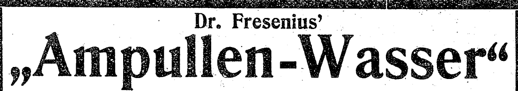
Skelette
und
Schädel

vom Menschen **sucht** für Lehrzwecke **zu kaufen**

Louis Meusel
Sonneberg i. Thr.



Dr. Fresenius'



D. R. W. Z.

(reines steriles Wasser)

nach Vorschrift von Prof. Dr. G. L. Dreyfus, Frankfurt a. M. und unter ständiger Kontrolle des „Georg Speyer-Hauses“, Frankfurt a. M.

Bezugsquelle: Hirsch-Apotheke, Frankfurt a. M., Zeil 111.

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W30

Ende Dezember erscheint:

Das Umsatzsteuergesetz

für Aerzte, Zahnärzte und ärztliche Besitzer von Heilanstalten

herausgegeben und erläutert von

San.-Rat Dr. Heinrich Joachim und **Rechtsanwalt Walter Joachim**
Berlin

Preis ca. 20 Mark

Unentbehrlich für jeden Arzt bei Abgabe der Steuer-Erklärung!!!

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang — Berlin, 4. Dezember 1920 — No. 49

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.



89. Jahrgang Berlin, 4. Dezember 1920 No. 49

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Zur physikalischen Behandlung der Kriegsverletzungen des Bewegungsapparates.

Von **Dr. A. Laqueur,**
Leitendem Arzt des hydrotherapeutischen und mediko-mechanischen Instituts am Rudolf Virchow-Krankenhause zu Berlin.

In der Nachbehandlung von Kriegsverletzungen hat die physikalische Therapie eine vorher ganz ungeahnte Bedeutung gewonnen. Nicht nur die eigentliche Mechanotherapie, sondern wohl fast alle sonstigen physikalischen Heilmethoden sind diesem Zwecke im ausgedehntestem Maße nutzbar gemacht worden. Die Notwendigkeit einer eingehenden physikalischen Nachbehandulng ergab sich sowohl aus der Schwere wie aus der Art der Verletzungen; so galt es z. B. in ungemein häufigen Fällen, sekundäre Funktionsstörungen nach peripheren Nervenverletzungen zu behandeln, die in der Friedenspraxis und auch in früheren Kriegen ein ziemlich seltenes Vorkommnis bildeten. Die konservative Tendenz in der Chirurgie, welche, wenn irgend möglich, eine Erhaltung der noch so schwer verletzten Extremität bezweckt, hat die Aufgaben der Nachbehandlung zu einer doppelt verantwortungsvollen und schwierigen gestaltet.

Ueber die Einzelheiten der physikalischen Nachbehandlung bei Kriegsverletzten existiert bereits eine kleine Literatur, und ich möchte Sie hier nicht mit detaillierten Ausführungen, die ja außerdem etwas post festum kämen, ermüden. Wir haben jedenfalls auf diesem Gebiete während der fünf Kriegsjahre viel hinzugelernt, und ich möchte mir nur erlauben, im Folgenden einige Punkte zu erwähnen, die auch jetzt und späterhin für die Nachbehandlung von Extremitätenverletzungen überhaupt von Bedeutung sein werden.

Vor allen Dingen ist es uns bei der Nachbehandlung Verwundeter so recht zum Bewußtsein gebracht worden, wie wichtig die Kombination mobilisierender und mechanotherapeutischer Maßnahmen mit hyperämisierenden Anwendungen, vor allen Dingen mit Wärmeprozeduren, ist. Da es darauf ankommt, möglichst früh mit mobilisierenden Maßnahmen zu beginnen, so ist es unumgänglich notwendig, durch Linderung der Schmerzen, durch Bekämpfung von Muskelanspannung, Beförderung der Resorption von Exsudaten, Infiltrationen usw. mittels Wärmeprozeduren die Mobilisation überhaupt erst zu ermöglichen. Was die Art der angewandten Wärmeprozeduren betrifft, so hat sich die feuchte Wärme zur Ermöglichung und Beförderung der Mobilisation der trockenen Wärme entschieden überlegen gezeigt. Wir haben die feuchte Wärme als örtliche Prozedur hauptsächlich in Form der Dampfduschen und der Fangopackungen angewandt, daneben auch als lokale warme Hand- und Fußbäder. Von großer Bedeutung, besonders für die Versteifungen an der unteren Extremität, sind die warmen Vollbäder, in denen aktive und passive Bewegungen der versteiften Knie- oder Hüftgelenke ausgeführt werden. Bei mit Eiterung und Fistelbildung verbundenen Wunden würden diese Vollbäder mit Sole- oder Salzzusatz gegeben

Die vorher erwähnte Dampfdusche, die wir auch in der Friedenspraxis zur Nachbehandlung von Verletzungen schon sehr viel angewandt hatten, bietet den Vorteil, daß sich während ihrer Applikation ausgiebige Bewegungsübungen vornehmen lassen. Ein weiterer Vorteil ist der, daß auch bei Vorhandensein von offenen Wunden die Dampfdusche ohne jede Infektionsgefahr zur Schmerzstillung, tiefgehenden Hyperämisierung, Entspannung und Erweichung der Gewebe angewandt werden kann. Aber auch zur Beförderung der Wundheilung selbst hat sich die Dampfdusche in vielen Fällen bewährt. Brieger hatte zuerst den hochgespannten Dampf zur Behandlung hartnäckiger, schlecht heilender Wunden empfohlen, und ebenso wie Runge habe auch ich in manchen derartigen Fällen, besonders bei stark sezernierenden und tiefgehenden Wunden nach Kriegsverletzungen, wo andere Methoden versagt hatten, sehr befriedigende Erfolge mit dem hochgespannten Dampfstrahl erzielt. Später habe ich übrigens auch über einen Fall von Raynaud'scher Krankheit mit schweren ulzerösen Veränderungen an den Fingern berichtet, die durch alleinige Anwendung der Dampfdusche dauernd geheilt werden konnten.

Was im übrigen die eigentliche Wundbehandlung betrifft, so haben wir hier naturgemäß von Bestrahlungen mit den verschiedenen Lichtarten ausgiebig Gebrauch gemacht. Die künstliche Höhensonne wurde viel benutzt, oft mit sehr günstigem Resultat. Doch bildet sie kein Allheilmittel in der Behandlung hartnäckiger und schlecht granulierender Wunden, und es gibt Fälle genug, wo sie mit Lichtquellen, die auch Wärmestrahlen enthalten, wie das weiße und blaue Bogenlicht, kombiniert werden muß, oder wo die Lichtwärmestrahlen allein sich den rein ultravioletten Strahlen als überlegen erweisen. Eine scharfe Unterscheidung in der Indikationsstellung für ultraviolette Strahlen einerseits, Lichtwärmestrahlen andererseits läßt sich generell kaum geben. Im allgemeinen kann man sagen, daß zur Erzielung einer Reinigung und Hervorrufung frischer Granulationen in der Wunde die Ultraviolettstrahlen angebracht sind, während nach Reinigung der Wunde durch milde Lichtwärmestrahlen (Blaulicht) die definitive Zuheilung am ehesten beschleunigt wird. Schließlich sei auch nicht vergessen, daß in der Behandlung hartnäckiger ulzeröser Wunden die Föndusche häufig ganz Ausgezeichnetes leistet, und es ist von großer praktischer Wichtigkeit, daß dieser einfache

im Besitze der meisten Aerzte befindliche Apparat in gar nicht seltenen Fällen die durchaus nicht zu den leichtesten zählen (z. B. auch bei Mal perforant du pied), die Lichtbehandlung wirksam ersetzt.

Zu den Kriegsschädigungen der Extremitäten gehören auch die Erfrierungen, die namentlich während des ersten Kriegsjahres nach dem Feldzuge in Polen und in den Karpathen häufig auch in den Heimatslazaretten, zur Behandlung kamen. Es haben sich hier von physikalischen Maßnahmen besonders die blauen Bogenlichtbestrahlungen, andererseits auch zweckentsprechende Anwendungen der Diathermie sehr gut bewährt.

Der eigentlichen medikomechanischen Behandlung bot sich naturgemäß ein weites Feld. Sie ist durch mancherlei zweckentsprechende Apparate gefördert und erweitert worden. Auf Einzelheiten einzugehen, muß ich mir versagen. Als wichtiges Ergebnis der Kriegserfahrungen hat sich u. a. gezeigt, daß bei den schweren hartnäckigen Versteifungen die alleinige Anwendung von medikomechanischen Uebungen häufig nicht genügt, sondern daß außerdem oft durch das Tragen redressierender Apparate die Beseitigung der Versteifung und die Mobilisierung gefördert werden muß. Von diesen Apparaten sind die bekanntesten die Schede'schen Schienen. Ich zeige Ihnen außerdem verschiedene kleinere tragbare Vorrichtungen zur Mobilisierung der Hand- und der Fingergelenke, die wir in unserem Institute mit Erfolg benutzten und auch jetzt noch bei Versteifung nach schweren Phlegmonen und auch nach arthritischen Prozessen anwenden. Diese redressierenden Apparate sind von unserem Bademeister Herrn Flake recht sinnreich konstruiert worden. Des weiteren zeige ich Ihnen verschiedene manschettenförmige Ansatzstücke, die sich bei Anbringung an einen einfachen Gewichtszugapparat sehr zweckmäßig zur Vornahme von medikomechanischen Uebungen bei Amputierten benutzen lassen, bei denen der Gebrauch der üblichen medikomechanischen Apparate ja meist nicht möglich ist.

Die während des Krieges zur Beobachtung gekommenen rheumatischen Erkrankungen der Gelenke und Muskeln boten im allgemeinen bezüglich der physikalischen Therapie keine Besonderheiten. Daß schwere Arthritiden einfach entzündlicher wie deformierender Natur als direkte Kriegsfolge verhältnismäßig selten waren, dürfte ja allgemein bekannt sein. Sehr häufig gelangten zur Behandlung dagegen seröse Kniegelenksergüsse, die zwar durch ein Trauma hervorgerufen waren, für die aber fast immer schon eine gewisse Disposition bestand. Durch Heißluftbehandlung, Fangopackung oder Diathermie gelang es zwar hier in der Regel, den Erguß und die Schmerzen zum Verschwinden zu bringen. Doch waren die Träger dieser Affektion, die eine ausgesprochene Neigung zum Rezidivieren zeigt, in ihrer Felddienstfähigkeit meist dauernd beeinträchtigt. Ein bisher fast unbekanntes Krankheitsbild boten die schweren Arthritiden nach Ruhr; die Prognose dieser Affektion ist bei zweckentsprechender physikalischer und balneologischer Behandlung auch in schweren Fällen schließlich wohl fast stets eine gute.

Für die balneologische und physikalische Therapie werden die durch den Krieg hervorgerufenen oder verschlimmerten „rheumatischen" Erkrankungen der Extremitäten ebenso wie die Neuralgien (Ischias etc.), noch lange eine erhebliche Bedeutung besitzen. Hingegen ist es, nach unseren Erfahrungen wenigstens, auffallend, in wie geringer Zahl die durch Verwundung geschädigten Kriegsteilnehmer, soweit es sich um Extremitätenverletzungen handelt, jetzt nach Beendigung des Krieges noch zur Behandlung kommen. Es liegt das wohl in der Hauptsache daran, daß die Militärverwaltung solche Verletzte erst dann aus den Lazaretten entließ, wenn auch die Nachbehandlung zu einem gewissen Abschluß gelangt war und weitere Aenderungen in der Funktion der verletzten Gliedmaßen nicht mehr zu erwarten standen. Die nachträgliche Funktionsverbesserung durch den täglichen Gebrauch im praktischen Leben spielt ja auch eine wichtige Rolle für die definitive, wenn auch oft recht relative Heilung. Möglicherweise werden sich die Patienten, wenn einmal das Rentenverfahren endgültig abgeschlossen ist, auch wieder in etwas größerer Anzahl einstellen. Aber jedenfalls ist, wenigstens nach unseren Berliner Erfahrungen, die Kriegsbeschädigtenfürsorge, soweit sie in der Nachbehandlung von Verwundungsfolgen an den Extremitäten besteht, zurzeit auf ein minimales Maß reduziert. Ausnahmen gibt es natürlich; so werden z. B. manche Amputierte oder manche Patienten, die eine traumatische Rückenmarksverletzung erlitten haben, noch für lange Zeit einer physikalischen und balneologischen Behandlung bedürfen. Bei den allermeisten sonstigen Kriegsverletzungen der Extremitäten dürfte aber nunmehr die physikalische Nachbehandlung als abgeschlossen zu betrachten sein.

Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Von San.-Rat Dr. **Hoffmann**,
Bad Warmbrunn im Riesengebirge.

(Schluß.)

Wir machen öfters unsere Kurgäste in Warmbrunn darauf aufmerksam, daß sie sich ein anderes Unterkommen wählen sollten, weil sie im Verlauf der Kur höchstwahrscheinlich einen schweren Rückfall ihres Leidens erfahren würden, der fachkundige Krankenpflege verlangt. Wir tun das besonders in Fällen, bei denen eine wenig gründliche Heilung des Gelenkrheumatismus oder eine Neigung zu Rückfällen aus der Vorgeschichte zu entnehmen ist. Auch Einheimische unterliegen einem Rückfall nach den ersten Bädern einer Kur, wenn nichts anderes verordnet worden ist als der 10—20 Minuten dauernde Aufenthalt im Thermalwasserbade. Nach dem Ueberstehen des Rückfalles, der wie abgezirkelt vier Tage anzudauern pflegt, tritt gewöhnlich vollkommene Heilung ein. Ein Fall für viele möge ganz kurz Erwähnung finden. Brettschneider B. in W. überstand einen akuten Gelenkrheumatismus im Warmbrunner Krankenhause. Nach 6 Wochen arbeitete er im Anstaltsgarten den ganzen Tag über, war anscheinend gesund. Auf sein Drängen erhielt er eine Kurverordnung; nach dem 5. Bade begann ein Rückfall mit hohem Fieber und Anschwellung sämtlicher Gelenke; am vierten Tage des Rückfalls mußte die Krankenschwester noch die Nahrung reichen, weil nur ganz geringe Bewegungen mit Armen und Händen möglich waren. Am nächsten Tage ging Patient wieder außerhalb des Hauses umher. Zwei Jahre nachher traf ich B. auf der Landstraße als Vagabunden, er war gesund geblieben, obwohl er nach eigenem Geständnis ungezählte Male im Freien genächtigt hatte.

Nun komme ich zu einem eigenen Erlebnis. Nach einer Erkrankung durch Wurstgift mit höchsten Fiebertemperaturen stellten sich zuerst in den Schleimbeuteln an den Gelenken und später auch in den Sehnenscheiden starke Anschwellungen ein, aber jedesmal nur, wenn bei Anstrengung der betreffenden Sehnen ein intensiver Druck auf die Serosa der Schleimbeutel und Sehnenscheiden ausgeübt worden war. Diese Anschwellungen zeigten sich innerhalb etwa 10 Minuten nach dem Insult und verschwanden nach zweitägiger Ruhigstellung ohne Anwendung irgendeines Medikamentes. Also, um es etwas anders zu wiederholen: infolge eines septischen Prozesses im Darm hatte sich eine abgeschwächte Pyämie im Körper etabliert, deren Toxine mit dem Körper an bestimmten Schleimhäuten nur Verbindungen eingingen, wenn die Schleimhäute durch Arbeitsdruck in ihrer molekularen Zusammensetzung verändert worden waren. Wären Bakterien dabei direkt beteiligt gewesen, so wären wahrscheinlich in dem einen oder anderen Schleimbeutel länger dauernde Entzündungsvorgänge beobachtet worden. Die kurze Dauer der Anschwellungen läßt sich meines Erachtens nur dadurch erklären, daß toxische Stoffe das Körperserum so verändert hatten, daß es eine erhöhte Affinität zu den durch die Arbeit veränderten Schleimhautüberzügen erhielt. Durch absolute Vermeidung animalischer Eiweißstoffe in der Nahrung entzog ich dem Darm die Möglichkeit der Bildung neuer toxischer Stoffe und beschleunigte den Ablauf der Erkrankung durch reichlichen Genuß von Brunnen, die Erdalkalien enthielten. Seit 10 Jahren ist ein Rückfall trotz Rückkehr zur früheren Ernährung nicht wieder eingetreten. Zur Erklärung der beobachteten Krankheitserscheinungen fand ich plausible Unterlagen in dem für Balneologen so interessanten Buche von Hoeber: physikalische Chemie der Zelle und der Gewebe. Hoeber und Overton fanden durch Versuche, daß durch Arbeit der Organe der Lymphfluß vermehrt und die Konsistenz der Plasmahaut der Muskel- und Sehnenzellen durch Quellung herabgesetzt wird. Dadurch geht die normale Impermeabilität für die Salze verloren. — Beide Forscher sehen auch die Toxine und Antitoxine wegen ihrer geringfügigen Diffusibilität und Filtrierbarkeit, wegen ihrer Empfindlichkeit gegen Elektrolyte, wegen ihres Verhaltens bei der Kataphorese als Kolloide an, fassen den Vorgang gegenseitiger Beeinflussung nicht als chemische Reaktion auf, sondern als Adsorptionsreaktion. — Erfährt die Konsistenz der Plasmahaut der Zellen eine Zunahme, so wird das Eindringen der Toxine aufgehalten oder verhindert. Hoeber spricht dabei die Vermutung aus, daß die Erdalkalien in den Körpersäften dazu dienen, den Kolloiden der Plasmahaut eine gewisse Starrheit zu verleihen. Für die Balneotherapeuten ist das ein Grund mehr, den reichlichen Genuß der entsprechenden Trinkbrunnen zu verordnen. Schon seit vielen Jahren behandele ich die Rachitis der Kinder mit nichts Anderem als mit Ernährung unter reichlichem Zusatz von Trinkbrunnen, die viel Magnesia, Kalk und Kieselsäure, die nach den Darlegungen des Professors Schulz auf dem 32. Balneologentage für die Beschaffenheit der Schleimhäute von so hoher Bedeutung ist, enthalten. Nicht ohne Grund ist die Kalktherapie jetzt

wieder so modern geworden, nachdem bei unserer heutigen Unterernährung die Zusammensetzung des Körpers von Menschen und Tieren bis in sein innerstes Gefüge gelitten hat.

Der — oft mit Fieber verbundene — Rückfall der Erkrankung wäre nach meinem Dafürhalten so zu erklären, daß die durch die Wärme des Quellwassers gelieferte Arbeitskraft im Körper an den Zellmembranen dieselben Veränderungen setzt wie wirklich geleistete Arbeit, daß durch sie die Zellwände bestimmter Körperteile, z. B. der Gelenkkapseln, der Sehnen und Schleimbeutel, gelockert und für den Eintritt von toxischen Stoffen wieder geeignet werden. Die Zellen verarbeiten in der Zeit der Krankheitsrezidive die zugeführten Giftstoffe, das Fieber ist der Ausdruck ihrer Zerlegung, die Fieberhöhe der Ausdruck der Intensität des Zerlegungsprozesses.

Viel ungünstiger und schwieriger als beim Gelenkrheumatismus liegen die Dinge beim sogenannten chronischen Muskelrheumatismus. Man kann nicht so weit gehen und jeden Schmerz, der beim Druck auf die Muskulatur entsteht, als Muskelrheumatismus bezeichnen, gar häufig rühren diese Druckschmerzen her von intramuskulären Nerven- oder Venenästen, ich erinnere z. B. nur an die Alkoholneuritis und an die Venenerweiterungen in den Unterschenkeln, die mit heftigen Schmerzen verbunden sein können. Von Muskelrheumatismus, von der Lokalisation einer Erkrankung können wir aber berechtigterweise sprechen, wenn Muskelteile, die man zwischen den Fingern rollt oder quetscht, schmerzhaft sind, wenn gewebliche Veränderungen wie Härten, Stränge, Knoten, Infiltrationen, Schwielen fühlbar sind. Freilich muß zugegeben werden, daß dabei oft nicht die Muskelsubstanz als solche, sondern das interstitielle Bindegewebe krankhaft verändert ist. Sind nur die Muskeläste der Nerven ganz exklusiv erkrankt, und fehlen sonstige neuritische Symptome völlig, so ist neben den subjektiven Schmerzen lediglich die objektive Muskeldruckschmerzhaftigkeit zu finden. Eine Trennung von echter Muskel- und Muskelnerverkrankung ist da für den Kliniker zurzeit unmöglich. Nach meinem Dafürhalten gehen da die Autoren einen Mittelweg, die, wie Adolf Schmidt, annehmen, daß der sogenannte Muskelrheumatismus keine primäre Erkrankung der Muskelnerväste ist, daß also die rheumatische Myalgie als eine Neuralgie aufzufassen ist. Die Differentialdiagnose wird erst möglich, wenn Parästhesien- oder Sensibilitätsstörungen oder Anomalien der Sehnenreflexe oder trophische Störungen der Haut und Epithelialgebilde oder fibrilläre Muskelzuckungen die Annahme einer Neuritis unterstützen. Bei Muskelrheumatismus bestehen in einem beschränkten oder ausgedehnten Muskelgebiete in der ganzen, oft aber nur in einer beschränkten Strecke, dann namentlich in seinen Ansatzpartien, Druckempfindlichkeit und, was ich besonders hervorheben möchte, Empfindlichkeit gegenüber der Anwendung des faradischen Stromes. Nach sogenannten Erkältungen tritt der Muskelrheumatismus besonders im Erector trunci und in der Schulterblattmuskulatur auf; die traumatische Form beobachten wir bei Ueberanstrengung vorher normaler Muskulatur — sogenannter Turnerschmerz — oder bei relativer Ueberanstrengung der Muskeln bei herabgekommenen, anämischen oder überhaupt muskelschwachen Menschen. Daß diese Arten von Muskelrheumatismus eine häufige Erkrankung Kriegsbeschädigter sind, davon konnten wir uns überzeugen. Von vielen Forschern wird die Vermutung ausgesprochen, daß der Muskelrheumatismus ebenso wie der Gelenkrheumatismus durch das Auftreten toxischer Stoffe erzeugt wird; eine Einigkeit darüber, ob das toxische Agens sich dabei direkt in den Muskelfibrillen oder in den Nervenendplatten der Muskeln festgesetzt hat, wird wohl sobald nicht erzielt werden.

Für die makroskopischen Krankheitserscheinungen, die starke Schmerzhaftigkeit und Störung der Beweglichkeit gibt wohl Rosenbach die beste Erklärung. Er brachte den Nachweis, daß der in seinen Spannungsverhältnissen (tonus) so labile Muskelapparat eine große Bedeutung hat für schmerzhafte Empfindungen und abnorme motorische Erscheinungen, sogar im Gebiete der inneren Organe. Die Schmerzen in den Faszien, Aponeurosen und Sehnen sind nach seiner Ansicht wahrscheinlich bedingt durch toxische Alteration ihrer elastischen Fasern. Mit empfindlichen Hautthermometern stellte er fest, daß die Temperatur über schmerzhaften Stellen der Muskulatur kühler war. Sehr ansprechend ist Rosenbachs Erklärung des sogenannten Hexenschusses, er führt ihn zurück auf perverse Innervation im Muskel, die Störungen der antagonistischen Willensakte setzt.

Allgemein bekannt sind Erscheinungen von Veränderung der Muskeln bei Diabetes und chronischer Nephritis; die Annahme chemischer Störungen liegt dabei sehr nahe. Empfindet ein Kranker plötzlich aufgetretene Schmerzen nicht nur in einer einzelnen Muskelgruppe, wie z. B. bei Lumbago, sondern in mehreren Muskelgebieten, springt der Schmerz von einer Muskelgruppe auf eine andere über, dann kann es sich, mag der Erkrankungsprozeß ein fieberloser oder auch ein meist nur 1—2 Tage anhaltender febriler sein, um einen akuten Muskelrheumatismus, eine Polymyalgia rheumatica handeln, höchstwahrscheinlich eine Manifestation einer noch unklaren, allerdings nicht selten durch eine Erkältung provozierten Infektion bzw. von dieser ausgehenden Intoxikation mit der manchmal, aber noch seltener als beim Gelenkrheumatismus, eine sekundäre Entzündung des Endokards, der Pleuren, des Perikards und Myokards verknüpft sein kann. Hierbei erscheint der schmerzhaft erkrankte Muskel, den man in Entspannungsstellung untersucht, geschwellt, hypertonisch. Ein Gleiches gilt aber auch vom subakuten oder chronischen Muskelrheumatismus, bei welchem man übrigens deutliche zirkumskripte Muskelbündel als besonders harte Stränge oder an den tiefen Insertionen des Muskels bis erbsengroße, oft ganz harte, sehr schmerzhafte Knötchen zu tasten vermag. Mitunter treten die Muskelversteifungen besonders in der Ruhe auf, der Kranke spürt nach der Nachtruhe große Schmerzen, die sich mildern, „wenn er wieder in Gang kommt"; bei Husten, Niesen, Stolpern und bei Witterungswechsel — Schwankungen des Luftdrucks — treten die Schmerzen besonders hervor. Die Poliomyositis acuta haemorrhagica und die mit Erythema nodosum vergesellschaftete möchte ich nur erwähnen, weil ich sie in wenigen Fällen bei Kriegsbeschädigten, die frisch ins Reserve-Lazarett eingeliefert wurden, beobachtete. Die Rumpfmuskulatur war dabei völlig frei, Fieber bestand nicht. Auffallend waren das weiche Hautödem und das Erythema nodosum, auch leichte Hämorrhagien, besonders über den befallenen Muskeln. Nicht unerwähnt lassen möchte ich übrigens die manchmal recht beträchtliche Muskelschmerzhaftigkeit bei der sogenannten defense musculaire, also bei der einen Entzündungsherd innerer Organe schützenden starren Muskelzusammenziehung, und das entzündliche Oedem der Weichteile bei Gelenkleiden.

Da wir Balneotherapeuten an der Anschauung festhalten, daß wir von der Haut aus die darunterliegenden Körperteile durch Applikation differenter Wärme und sogenannter Kälte wirksam beeinflussen können, daß wir die Zirkulation von Blut und Lymphe beschleunigen, Ernährungsstörungen ausgleichen, Exsudate und Infiltrationen zum Verschwinden bringen, Muskelatrophien wieder bessern können, so ist leicht einzusehen, warum wir auch beim Muskelrheumatismus ebenso wie bei Gelenkrheumatismus reichlichen Gebrauch machen von warmen bis heißen Thermal- und Soolbädern, von elektrischen und Moorbädern, von kalten und heißen Strahl-, d. h. Massageduschen. Die unleugbare Linderung von Schmerzen und das Verschwinden von Muskelrigiditäten im warmen Bade sind direkte Wirkungen auf die Muskulatur von der Peripherie aus; dasselbe gilt von den Gelenken.

Die Muskelatrophien führen uns hinüber zum letzten Teile unserer Erörterung der Störungen des Bewegungsapparates, der Störung durch Alteration des Nervenapparates beim Fehlen von Verletzungen.

Für die Entstehung von Störungen der Muskeltätigkeit gibt es einen direkten Weg durch Reizung der Muskelnerven unter dem Bilde der — meist schmerzhaften — Erhöhung des Tonus bis zur tetanischen Muskelzusammenziehung, etwa wie bei allen Graden faradischer Reizung und Ausfall der Muskeltätigkeit mit dem Wegfall der sensiblen Reizungen auf dem Wege des Reflexbogens.

Mechanische, chemische, zirkulatorische Anomalien der Nerven kommen bei der Entstehung der Störungen genannter Art in Betracht, und zwar im Sinne der Reizung wie im Sinne der Lähmung. Aus der Pharmakologie kennen wir eine sehr große Menge nervenreizender und -lähmender Mittel; auch organische Gifte wählen sehr häufig die Nerven als Angriffsstellen; artfremde Eiweißstoffe, parenteral einverleibt, stören das Nervensystem unter dem Bilde der Anaphylaxie. Eiweißgifte erzeugen eine große Reihe von Nervenkrankheiten, die im Bewegungsapparat zu den ärgsten Störungen führen. Ich behandelte einen Landsturmmann, der infolge einer Einspritzung mit Typhusserum anfänglich an einer totalen Muskellähmung erkrankte, nach langdauernder Behandlung mit reichlicher Verwendung von Thermalbädern blieb eine fast vollkommene Lähmung der großen Strecker der Unterschenkel zurück, die dann zum großen Teil durch vermehrte Funktion der Sartorius-Muskeln ausgeglichen wurde. Sehr häufig wurden bei Kriegsbeschädigten die Folgen der Erkrankung der großen Hüftnerven beobachtet mit Ausfall von Reflexen und mit teilweisem Muskelschwund. Nach meinen Beobachtungen sind es besonders die sogenannten Erkältungen, die häufig Neuralgie des Ischiadicus erzeugen, und zwar, wie wir das aus der Nervenphysiologie kennen, weniger die einmaligen kräftigen Kälteeinwirkungen im Bereich der Nervenausbreitung als vielmehr die Dauereinwirkung an sich vielleicht unmerklicher Luftströmungen, die eine mehr oder weniger feuchte Hautoberfläche treffen. Die heftigen Schmerzanfälle sind dann entstanden zu denken durch die Summation der Reize. Alle Formen warmer Bäder, welche wie eine schützende Hülle

die Extremitäten umgeben, wirken beruhigend; durch Verbesserung der Zirkulationsverhältnisse, durch Beseitigung kleinster Stasen, kleinster Exsudate und Transsudate schaffen sie die dauernde Reizwirkung im Nerven weg.

Durch Herbeiführung einer besseren und geordneten Blutversorgung infolge Erweiterung der Kapillaren, durch Erhöhung des Blutdrucks treffen wir auch Nervenästchen, die durch Entstehung von Analgesie und Vermittlung von Muskelatrophie zu erkennen geben, daß ihr Leben eine vita minima ist, wir führen auch aus dem benachbarten Gewebe durch Erhöhung des Zellturgors Nahrung zu. So können wir es uns erklären, daß wir auch bei Erkrankungen ganzer Systeme wie bei Tabes, bei Hemplegie und dergleichen, noch retten, was zu retten ist, die Krankheit oft zum Stillstand bringen und so fort. Nach allgemeiner Anschauung dürfen wir dabei aber keinesfalls durch zu kräftige Reize mehr schaden als nützen. Tabes verlangt Anwendung kühlerer Temperaturen, Hemiplegie desgleichen; denn eine Erhöhung des Blutdrucks über die Grenze könnte nur neue Erkrankungsherde schaffen.

Bei der Beschränkung durch Raum und Zeit muß ich es mir versagen, auf manche interessante Einzelheit einzugehen. Das Problem der deformierenden Erkrankungen der Gelenke und Knochen habe ich übergehen müssen, obwohl wir Badeärzte in Warmbrunn gerade bei diesen Erkrankungen mit unseren Heilmitteln des Ortes so oft heilend einwirken müssen.

Eines wollen wir festhalten: Wir können durch die Heilkräfte der in Deutschland so zahlreichen Badeorte unseren an Leib und Seele oft so schwer geschädigten Kriegskameraden in den meisten Fällen ihre Leiden verringern und beseitigen und die verminderte oder fast ganz aufgehobene Arbeitsfähigkeit ihnen zum Teil oder ganz wiedergeben. Die Reste der Störungen und chronischen Erkrankungen der Bewegungsorgane wegzuschaffen oder wenigstens zu lindern, wird die Aufgabe der Aerzte, insbesondere der Badeärzte bleiben, solange noch ein Kriegsbeschädigter am Leben ist. In echt deutschem Idealismus wollen wir mitarbeiten an dem Wiederaufbau unseres so tief geschädigten Wirtschaftskörpers. Es gibt kaum ein Bad oder eine Badeeinrichtung, die sich in den wenigen Monaten ihrer Benutzung direkt rentiert; die in ihnen angelegten Kapitalien bringen aber unberechenbaren Gewinn durch die Aufbesserung der Arbeitskraft und Arbeitslust unserer Kriegsbeschädigten. Unermeßliche Werte sind durch die Heilkräfte unserer Bäder dem Vaterlande bisher schon erhalten worden, noch größere werden erhalten werden durch die Verminderung der Kriegsrenten. Wir Aerzte wollen an die Eingänge unserer Kuranstalten überall in Gedanken die Inschrift anbringen: In balneis salus rei publicae!

II. Referate.

Hygiene.

Dr. **A. H. Braun** (Aachen): **Die Schulgesundheitspflege nach dem Kriege.** (Fortschr. d. Medizin, 1920, Nr. 18.)

Durch die ungünstigen Ernährungsverhältnisse der letzten Zeit haben vor allem die Kinder im Schulalter gelitten, die durch die Ansprüche der körperlichen und geistigen Entwicklung doppelt belastet waren. Besonders gelitten haben die blutbildenden Zentren und das Skelettsystem, namentlich in den Entwicklungsjahren. Auch die exsudative Diathese hat eine Zunahme erfahren, namentlich die Skrophulose und die Tuberkulose, ferner auch nervöse Erkrankungen.

In der Jugendfürsorge geschieht, soweit wir dazu in der Lage sind, etwas für die Säuglinge und die Schulkinder, dagegen so gut wie nichts für das vorschulpflichtige Alter jenseits des ersten Lebensjahres. Dem Fürsorgedienst muß eine erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet werden, wofür Verf. wertvolle Richtlinien gibt. Das ist um so wichtiger, als der soziale Niedergang des Mittelstandes und andere Verhältnisse die Ausdehnung des Fürsorgedienstes auch auf die höheren Schulen erforderlich macht. Hh.

Dr. **Felix E. R. Loewenhardt** (Breslau): **Bakteriologische Befunde bei Influenza.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 29.)

Verfasser berichtet über bakteriologische Untersuchungen, welche während der Grippeepidemie vom Juni 1918 bis März 1920 im hygienischen Institut der Breslauer Universität am Auswurf und Rachenabstrichen von Grippekranken, ferner auch an Leichen (Lunge, Luftröhre) von an Grippe verstorbenen Personen angestellt wurden. Um positive Ergebnisse zu erhalten, muß das Material so schnell als möglich nach der Entnahme verarbeitet werden. Wurde das Material erst am Tage nach der Entnahme verarbeitet, so gelang der Nachweis der Influenzabazillen niemals. Das Gesamtergebnis war folgendes: Bei Grippekranken wurden die Influenzabazillen in 187 Fällen (= 65,6 Proz.) nachgewiesen, und im Leichenmaterial in 57,14 Proz., im Sputum in 76,25 Proz., in Rachenabstrichen in 52 Proz. Bei direkter Verarbeitung des Materials am Krankenbett fanden sich die Influenzabazillen in Rachenabstrichen sogar in 91,1 Proz. der Fälle. Auf Grund dieser Ergebnisse muß man nach Verf. an der ätiologischen Bedeutung der Influenzabazillen für die pandemische Grippe festhalten. L.

Innere Medizin.

Dozent Dr. **L. Wick** (Wien): **Die Partialantigenbehandlung und Immunitätsanalyse nach Deycke-Much.** (Klin.-Therap. Wochenschr. 1920, Nr. 37/44.)

Verf. hat an einer Reihe von Fällen die Beobachtung gemacht, daß sich mit den Partialantigenen nach Deycke-Much Erfolge erzielen lassen, auch wenn sonst kein anderes Heilverfahren eingeleitet wird. Der Erfolg war zum Teil mehr subjektiver Art. Der Vergleich der Heilerfolge mit der Größe der Reaktionsfähigkeit ergab, von extremen Fällen abgesehen, keine bestimmten Beziehungen zueinander. Entscheidend schien mehr der allgemeine Kräfte- und Ernährungszustand als der Krankheitsgrad. Bei gewissen Fällen von starker Ausbreitung und raschem Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses versagt die Methode. Bei den mittleren und leichteren Graden dagegen hat sie gute Erfolge zu verzeichnen. Hh.

Dr. **Joh. E. Schmidt** (Würzburg): **Zur Behandlung chirurgischer Tuberkulose mit Partialantigenen.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 31.)

Verf. hat eine Reihe von Fällen chirurgischer Tuberkulose mit Partialantigenen behandelt und zugleich andere Mittel in Anwendung gezogen, nämlich natürliche und künstliche Besonnung, Zufuhr geringer Jodmengen als Jothioneinreibungen und Jodoformglyzerin, Stauung der Extremitäten, Extension und Stützapparate, aber keine Röntgenbestrahlung. Mit den Resultaten war er im allgemeinen durchaus zufrieden. Temperatursteigerungen wurden nicht beobachtet, dagegen Entfieberung. Der Appetit wurde auffallend besser. Verf. hat den Eindruck gewonnen, daß diese Partialantigene neben den anderen Behandlungsmethoden doch recht wesentliche Dienste geleistet haben, gerade in den Fällen, in denen andere Behandlungsmethoden nicht recht zum Ziele führten. Hh.

Dr. **Eberhard Wilbrand** (Hamburg): **Die Einwirkung roher Zwiebel auf die Magenverdauung.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 41.)

Versuche an Hunden mit einer Magenfistel und einer Duodenalfistel sowie vor dem Röntgenschirm haben ergeben, daß roh genossene Zwiebel die Verdauung bedeutend verzögert, während sie gleichzeitig die Azidität des Magensaftes erhöht und eine vermehrte Sekretion der Verdauungssäfte bewirkt, welche sich längere Zeit hindurch auf gleicher Höhe hält. Die Wirkung des Saftes der rohen Zwiebel erfolgt vom Darm aus. Sie zeigt sich als ein vorzügliches Vorbeugungsmittel gegen bakterielle Darmerkrankungen wie Cholera, Typhus und Ruhr. In gekochtem oder gebratenem Zustand verliert sich diese Wirkung. Auf dem Balkan ist der prophylaktische Genuß der rohen Zwiebel gegen die Ruhrinfektion in der Bevölkerung allgemein bekannt. rs.

Chirurgie.

Prof. Dr. **Hans Finsterer** (Wien): **Der Einfluß der Lokalanästhesie auf die Indikationsstellung und die Operationserfolge.** (Med. Klinik 1920, Nr. 25/26.)

Verfasser tritt dafür ein, die Inhalationsnarkose bei allen Operationen, soweit irgend möglich, durch die örtliche Anästhesie zu ersetzen und erst dann, wenn sie nicht ausreicht, zur Unterstützung Aether heranzuziehen. Zur örtlichen Anästhesie wird in der Regel eine ½proz. Novokainlösung mit Suprareninzusatz verwendet, von welcher 50—150 ccm gebraucht werden. Durch die Lokalanästhesie werden die Operationsresultate gebessert und das Indikationsgebiet erweitert, indem auch bei Kranken, die man in Narkose wegen schwerer Erkrankungen des Herzens, der Lungen, schlechten Allgemeinbefindens, hohen Alters nicht operieren kann, eine große Anzahl von Eingriffen in örtlicher Anästhesie vorgenommen werden können. Zum Beweis seiner Behauptung gibt Verfasser eine Uebersicht über die Ergebnisse seiner sehr zahlreichen unter örtlicher Anästhesie vorgenommenen Operationen unter besonderer Berücksichtigung der Bauchoperationen, welche er im Gegensatz zu den meisten anderen Chirurgen fast ausschließlich unter Lokalanästhesie vornimmt. Er hat im ganzen 1250 Laparotomien in Novokainanästhesie ausgeführt, wobei anfangs die Schleich'sche Infiltrationsanästhesie und die Lumbalanästhesie, seit 1911 die Leitungsanästhesie der vorderen Bauchdecken, seit 1912 in besonderen Fällen die paravertebrale Leitungsanästhesie und im letzten Jahre die Splanchnikusanästhesie nach Kappis zur Anwendung kam. Verfasser berichtet der Reihe nach über seine hiermit bei den einzelnen Operationen erzielten Ergebnisse. Er hat 138mal Magenresektionen wegen Karzinom, 178mal wegen Ulcus ventriculi oder duodeni vorgenommen. Die Mortalität bei den Karzinomoperationen betrug dabei nur 17,3 Proz. Die Zahl der in Lokalanästhesie ausgeführten

Gastroenterostomien beläuft sich auf 161, und zwar wurde 54mal wegen inoperablen Karzinoms mit 22 Proz. Mortalität und 107mal wegen gutartiger Erkrankung mit 1,8 Proz. Mortalität operiert. Bei den Magenoperationen wurde in der Regel nur die Leitungsanästhesie in den Bauchdecken (am lateralen Rektusrand) mit Infiltration ins kleine Netz und an die Wurzel des Mesokolons verwendet. Die Splanchnicusanästhesie kam bei 15 Ulcusresektionen zur Verwendung; sie ist nach F. kontraindiziert bei allen Fällen von akuter Blutung oder schwerer chronischer Anämie, und hier ausschließlich die Leitungsanästhesie der Bauchdecken und des kleinen Netzes mit ½ proz. Novokainlösung, kombiniert mit etwas Aether als Analeptikum zu empfehlen. Verf. bespricht weiter die Verwendung der Lokalanästhesie bei den Resektionen des Dünndarms und Dickdarms, bei chronischer und akuter Appendizitis und bei den Gallensteinoperationen. Durch die Ausschaltung der Allgemeinnarkose, besonders des Chloroforms, ist die Operation der perforierten Appendizitis mit umschriebener Peritonitis fast absolut sicher in ihrem Enderfolg geworden. Ebenso sind die unmittelbaren Resultate der Gallensteinoperationen durch das Operieren in Lokalanästhesie mit eventueller Unterstützung durch Aether immer gut. L.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Eigenber. d. Allg. med. Centr.-Ztg.
Sitzung vom 15. XI. 20.
Vorsitz: Herr Fürbringer.

Tagesordnung:

Aussprache zu dem Vortrag des Herrn Fr. Lesser: Neuere Probleme der Syphilisbehandlung.

Herr **Hirschberg** hat ausgiebige Erfahrungen nur über Quecksilberbehandlung von Augenleiden. Er verfügt nur über Spätformen. Wir sollten bescheidener und anerkennender gegen unsere Vorgänger sein; auch wir werden einst überwundene Vergangenheit sein. Er hatte gute Erfahrungen vom Hg bei gummöser Entzündung des Sehnerven. Hg bewirkte Wiederkehr des Sehens in 6 Wochen und Heilung, wie H. nach 40 Jahren feststellte. Wer auch heute noch die erprobte Kur in solchen Fällen anwendet, ist nicht zu tadeln. Ob das Salvarsan den kranken Sehnerven heilt, weiß H. nicht; aber es kann verhängnisvoll bei Lues des Opticus wirken. Die häufigste syphilitische Augenerkrankung, Retinitis, wird durch Hg neben Mydriaticis günstig beeinflußt. Irisgummen schwinden dabei zauberhaft schnell. Jodkali allein genügt nicht. H. sah 2000 Fälle von Lues congenita; er sah zuerst bei 4—8 monatigen Säuglingen syphilitische Netzaderhautentzündung; sie wurde durch Hg geheilt; beim Säugling genügen 0,5, beim kleinen Kinde 0,75, beim größeren 1,0 graue Salbe 1—2 mal täglich einzureiben mit Bad nach 5 Tagen; nie hörte er vor 100 Einreibungen auf; nie brachte die Kur Schaden. Die Sehkraft kommt schon nach einigen Wochen zurück; das zeigt sich am Lächeln. Auch bei parenchymatöser Keratitis ist die Wirkung des Hg deutlich; für die tardive Form wird der Boden verengt.

Herr **Cassel**: Auch die Colles-Frauen haben Syphilis; aber es ist durch die Wassermann-Reaktion nicht voll erwiesen. Sie zeigen keine Symptome trotz der Geburt eines syphilitischen Kindes. Nur in 65—70% reagieren sie positiv. Heiratet eine solche Colles-Mutter einen gesunden Mann, so bekommt sie gesunde Nachkommenschaft. Das ist nicht zu erklären. Nach Dora Fuchs sollte bei jeder verdächtigen Frau auf Spirochaeten im Cervixkanal gefahndet werden. Aber nach Stern ist diese Untersuchung auch für den Geübten sehr schwierig und nicht frei von Fehlern. Lues congenita zeigt keinen Primäraffekt; es ist eine allgemeine Spirillose. Salvarsan hat in den Anstalten zunächst Erfolg gebracht; die Frage bedarf noch weiterer Klärung, ob der Erfolg von Dauer ist. Wir brauchen hier Hg und Salvarsan; ersteres heilt gerade die kleinzellige Infiltration; hier soll man nur kleine Dosen Hg anwenden. Sonst heilt die Krankheit und — der Kranke stirbt. Vorsicht ist bei $HgCl_2$-Bädern am Platze; besser ist die Verordnung per os, Schmierkur oder Injektion; nur langsam ist vorzugehen. Das Gleiche gilt vom Salvarsan. Hg allein macht die Kinder anämisch. Salvarsan schützt dagegen. Geduld ist nötig. Es gibt eine Naturheilung der Lues congenita; besonders bei Familien vom Lande, wo noch Urkraft bestand, gibt es Kinder, die in der Tat ohne weiteres ausheilen.

Herr **Plehn**: Die kombinierte Behandlung ist ein Angstprodukt, die Furcht vor größeren Salvarsangaben. P. hat im Anfang 0,6 und 0,9 Salvarsan alle 8—10 Tage ohne Schaden gegeben. Die Heilerfolge waren gut. Bei Leberaffektionen ist Salvarsan kontraindiziert.

Herr **Ledermann**: Die zunehmende Zahl der Ikterusfälle beruht durchaus nicht auf der kombinierten Behandlung. Die Colles-Mutter reagiert bald nach der Geburt negativ, erst allmählich wird sie positiv. Lesser hat die Behandlung mit Hg von nun an verworfen. L. verzichtet nicht auf sie. Auch nach Hg gibt es Reinfecte mit Sekundärerscheinungen. Je weniger der Kranke mit Hg behandelt wurde, desto leichter gibt es Erkrankungen an tertiärer Lues. Das gilt nicht für Nervenfälle. Väter, die noch eine Hg-Kur durchmachen, zeugen wieder gesunde Kinder. Bei gehäuften Sekundärerscheinungen gibt es nach Salvarsan Fieber und andere Störungen; vielleicht beruhen sie auf Encephalitis. Hier gibt L. erst einige Hg-Spritzen; dann erzeugt das Salvarsan keine Nebenwirkungen. Auch Kolle-Frankfurt a. M. tritt für Hg nach Salvarsan ein. Wer nicht Salvarsan verträgt, bedarf der Hg-Behandlung. Die Lumbalflüssigkeit kann schon im Frühstadium positiv reagieren, wo das Blut negativ reagiert. Solche Kranke sind nicht infektiös, aber selbst gefährdet; sie bekommen Tabes u. a.

Herr **Lesser**: Hg ist unentbehrlich, wenn Salvarsan nicht anwendbar ist, oder bei Kindern, wo die Behandlung damit nicht zum Ziele führt, dann da, wo es darauf ankommt, einen Augenblickserfolg zu erzielen, z. B. an lebenswichtigen Organen. Die Statistik der gut und schlecht behandelten Aneurysma-Fälle krankt an der Ungleichartigkeit des Vergleichsmaterials. Gerade in der Großstadt drängt sich das schwerste Material zusammen.

Herr **von Teubern** a. G.: Endolumbale Salvarsanbehandlung verhütet Erkrankung des Zentralnervensystems. Nötig ist fortlaufende Kontrolle des Liquor, aber nur in der Klinik ausführbar. Gennerich empfiehlt hierfür kleinere Dosen (mg-weise), zumal bei Tabes. Wichtig ist die Auflösung des Salvarsans im Liquor.

Herr **Umber**: Nicht jeder ältere Fall von positivem Wassermann muß behandelt werden, zumal wenn bei genauer Beobachtung sonst nichts gravierendes vorliegt. „Das ist ein biologischer Schönheitsfehler." (Wassermann.) U. möchte das Salvarsan als Internist nicht mehr missen. Aber doch sah er 3 traurige Fälle von Dermatitis exfoliativa. Gegen gastrische Krisen der Tabes ist es das beste Mittel. Der jetzt häufiger gewordene Ikterus beruht nicht auf Salvarsanwirkung, sondern ist enterogen, durch die Ernährungslage bedingt.

Herr **Jürgens**: Eine Trennung der Lues mit positiver und mit negativer Reaktion läßt sich praktisch nicht durchführen. Denn mit dem Eintritt der negativen Reaktion ist die Lues noch nicht geheilt. Das soll nicht das Ziel der Therapie sein. Für den Internisten ist die Behandlung der klinischen Symptome maßgebend. Leute mit positivem Wassermann werden viel zu viel behandelt. Da wird trotz und durch Salvarsanbehandlung schweres Kranksein hervorgerufen. Zu trennen ist 1. die Behandlung der syphilitischen Erkrankung, 2. die Prophylaxe der Lues; in dem zweiten Falle ist die Wassermann-Reaktion wertvoller.

Herr **Fürbringer** tritt ebenfalls für die Hg-Behandlung ein. Mode.

IV. Bücherschau.

Erkennung der Geistesstörungen (Psychiatrische Diagnostik) von **Wilhelm Weygandt,** Dr. phil. und med., ord. Professor der Psychiatrie an der Universität Hamburg, Direktor der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg. Mit einem serologisch-diagnostischen Teil, von Privatdozent Dr. med. Viktor Kafka. J. F. Lehmanns Verlag, München 1920, 250 S., M. 34.—.

Die moderne Psychiatrie begnügt sich nicht mit der Beschreibung psychotischer Zustandsbilder und Aufstellung klinischer Krankheitstypen, sie legt daneben besonderen Wert auf die Ergründung der Aetiologie der Geisteskrankheiten, bildet doch das ätiologische Moment die Grundlage der gegenwärtig üblichen Einteilung der geistigen Erkrankungen. Deshalb verlangt die psychiatrische Diagnostik von dem modernen Irrenarzt ein vielseitiges Können und Wissen. Er muß nicht nur auf dem Gebiet der allgemeinen und experimentellen Psychologie gut beschlagen, nicht nur allgemein ärztlich vollständig durchgebildet sein, er muß daneben auch über anthropologische Kenntnisse verfügen und muß gewisse spezielle Untersuchungsmethoden beherrschen, um in jedem Einzelfall alle Hilfsmittel der Diagnose heranziehen zu können. Das erkennt man besonders deutlich beim Durchlesen des vorliegenden Bandes, in welchem der bekannte Verfasser alles für die psychiatrische Diagnosenstellung Erforderliche, sozusagen das Handwerkszeug des Irrenarztes, in übersichtlicher Weise zusammengestellt hat. Ausführlich wird die Aufnahme der Anamnese, die Untersuchung des geistigen und körperlichen Zustandes, geschildert; die für die Aetiologie so wichtige serologische Diagnostik (Blut- und Liquoruntersuchung) wird durch einen Spezialforscher in einem besonderen Kapitel dargestellt. In der Anordnung und Bearbeitung des Stoffes kann man manches anders wünschen; so geht die Untersuchung des geistigen Zustandes hier der Aufnahme der körperlichen Symptome voraus, während die umgekehrte Reihenfolge wohl natürlicher wäre; in manchen

Dingen, z. B. hinsichtlich der Psychoanalyse, in bezug auf gewisse Einzelheiten der serologischen Technik, wäre größere Ausführlichkeit erwünscht gewesen, da das Buch doch in erster Linie für den psychiatrischen Anfänger bestimmt ist, bei welchem man nicht zuviel Vorkenntnisse voraussetzen darf. Indes das sind Kleinigkeiten, welche durch die übrigen Vorzüge des Buches, die sonstige Reichhaltigkeit seines Inhalts mehr als aufgewogen werden. Die spezielle psychiatrische Diagnostik ist im Anschluß an den ausführlichen allgemeinen Teil im Telegrammstil (nach Art der Repetitorien) kurz und übersichtlich zusammengestellt. Besondere Erwähnung verdient noch die reiche Ausstattung des Buches mit Abbildungen (18 farbige Tafeln, 318 Textabbildungen), wobei besonders das Gebiet der psychiatrischen Mimik und Physiognomik vielseitigen Stoff geboten hat. Obzwar in erster Linie für den angehenden Irrenarzt bestimmt, wird das Buch von jedem Allgemeinpraktiker, der einen Einblick in die modernen psychiatrischen Betrachtungsweisen und Arbeitsrichtungen gewinnen will, mit Nutzen studiert werden.

L.

Die Heilwerte einheimischer Pfanzen. Von Dr. **Wolfgang Bohn.** Dritte Auflage. Leipzig, Hans Hedewigs Nachfolger, 1920. — 94 Seiten. — Preis 5,— M., geb. 7,50 M.

Der große Vorteil des vorliegenden Buches liegt darin, daß es einen kurzen Ueberblick über die Heilwerte einheimischer Pflanzen gibt und das Interesse für den Anbau und das Sammeln heimischer Arzneipflanzen fördert. Bedenklich ist aber, daß Verf. auch das Buch Kranken empfiehlt und in den medizinischen Tafeln gegen einzelne Symptome Heilpflanzen nennt. Das erklärt sich daraus, daß Verf., wie er selbst betont, auf dem Standpunkt von Rademacher und Kneipp steht. Er stellt auch seine „Arzneimittellehre im lebensrechten Sinne" in einen gewissen Gegensatz zur Arzneimittellehre der Mehrheit. In dem allgemeinen Teil des Buches finden wir vielfach Anschauungen, mit denen sich die Mehrheit der Aerzte wohl schwer befreunden dürfte, wenn man auch durchaus den Eindruck hat, daß Verf. durch reichliches Nachdenken zu seiner Anschauung gelangt ist. Der spezielle Teil, die Aufzählung der Heilpflanzen unserer Heimat und ihre Wirkung, enthält auch mancherlei, was man nicht widerspruchslos hinnehmen kann. Immerhin dürfte das Buch dem kritischen und nicht leichtgläubigen Arzte manche Anregung bringen.

rs.

V. Technische Neuheiten.

Der Stirn- und Herzkühler „Psygma" ist ein auf wissenschaftlicher Grundlage nach thermo-dynamischen Grundsätzen, unter Ausnützung des Prinzips der Oberflächenvergrößerung konstruierter Apparat, dessen Wirkung darauf beruht, daß die kleine, direkt an der Stirn liegende Fläche der 5 mal größeren Außenfläche gegenübersteht, welche die angezogene Wärme der kleinen Fläche ausstrahlt, d. h. an die Luft abgibt. Dadurch entsteht eine dauernde Temperaturbewegung im Verhältnis 1:5. Die kleine Fläche zieht die Wärme an, die große, lamellenförmig nach außen gebogene Fläche strahlt die Wärme aus. Das physikalische Prinzip der Oberflächenvergrößerung kommt in der Technik zu Kühlzwecken schon lange in Anwendung, für Heilzwecke dagegen in dem vorliegenden Apparat zum ersten Male.

Der Apparat bedarf keiner Vorbereitung, sondern ist immer zur Hand und gebrauchsfertig, ein großer Vorzug gegenüber dem Eisbeutel und kühlen Kompressen, die sich zu schnell erwärmen und durch die fortgesetzte Erneuerung dem Kranken und seiner Umgebung viel Mühe und Unbequemlichkeiten verursachen, was beim Psygma alles fortfällt.

Der außerordentlich geringe Preis von 30 M. wird dem Apparat sicherlich schnell in die meisten Häuser Eingang schaffen und ihm zumal bei seinen großen Vorzügen viele Freunde werben. Hergestellt wird er von der Firma „Athos" in Berlin S, Hasenhaide 88.

Hh.

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Ueber die Reform des medizinischen Studiums und der Prüfungen beriet vor kurzem die Preußische wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen unter Vorsitz des Ministerialdirektors Prof. Gottstein mit Hinzuziehung von Vertretern der preußischen Aerztekammern und von Prof. B. Fischer (Frankfurt a. M.) und Prof. J. Schwalbe (Berlin), welche über die Frage auf dem letzten Deutschen Aerztetag referiert hatten. Als Referenten waren diesmal bestellt Wirkl. Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. Dietrich und Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Lubarsch, der Berliner Ordinarius der pathologischen Anatomie.

Im Reichsarbeitsministerium finden gegenwärtig Verhandlungen mit den Vertretern der großen Krankenkassenverbände über eine Aenderung der Reichsversicherungsordnung statt, ohne daß Aerzte dazu hinzugezogen wurden. Daraufhin haben Geh. San.-Rat Dr. Hartmann (Königshütte) und Dr. Wiebel (Leipzig) im Reichstag eine Anfrage an die Reichsregierung gerichtet, ob diese dazu bereit sei, zu solchen Beratungen über Aenderungen der Reichsversicherungsordnung die berufenen Vertreter der Aerzteschaft heranzuziehen.

Halle a. S. Hier traten am 31. Oktober 7 Bevollmächtigte der deutschen Universitäten und 7 Bevollmächtigte des Deutschen Aerztevereinsbundes zusammen, um zu der Frage der Neuordnung des medizinischen Studiums und der Prüfungen Stellung zu nehmen. Man einigte sich über folgende Forderungen: Das Studium soll 5 vorklinische und 7 klinische Semester umfassen; daran schließt sich 1 Jahr Tätigkeit als Medizinalpraktikant an. In die Ferien des vorklinischen Studiums soll eine vierwöchige praktische Ausbildung in der Krankenpflege fallen. In der vorklinischen Zeit soll der Unterricht in der Anatomie etwas eingeschränkt werden zugunsten des physiologischen Unterrichts. Das klinische Studium soll sich um die 3 Hauptfächer innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie-Geburtshilfe gruppieren. Die Ausbildung in diesen Fächern soll je 1 Semester propädeutischen Unterricht, 1 Semester Besuch der Klinik als Auskultant und 2 Semester als Praktikant umfassen. Für die klinischen Nebenfächer Augenheilkunde, Oto-Rhino-Laryngologie, Neurologie einschließlich der Psychiatrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten wird 1 Auskultanten- und 1 Praktikantensemester verlangt (je 3 Stunden in der Woche). Dazu treten die üblichen Kurse. An dem bisherigen Unterricht in der pathologischen Anatomie und der Pharmakologie soll nichts geändert werden; eine Vorlesung über pathologische Physiologie wird als erwünscht erklärt. Im Rahmen der Hygiene soll die soziale Hygiene berücksichtigt werden. Die physikalische Therapie und die Diätetik sind in besonderen Vorlesungen und praktischen Uebungen zu lehren. Soziale Medizin einschließlich der Versicherungsmedizin und ärztlichen Standeskunde sollen lehrplanmäßig gelehrt und im Examen geprüft werden. Während des praktischen Jahres soll der angehende Arzt sich 3 Monate mit innerer Medizin, 3 Monate mit Chirurgie, 3 Monate mit Geburtshilfe und Gynäkologie und 3 Monate mit einem Fach eigener Wahl sich beschäftigen. — Die Vorprüfung soll am Schluß des 5. Semesters stattfinden, die ärztliche Staatsprüfung nach Beendigung des 7. klinischen Semesters. Bei Nichtbestehen in einem Hauptfach dürfen die Prüfungen nur einmal wiederholt werden. Dies gilt sowohl für die Vorprüfung wie für die Staatsprüfung. — Diese Vorschläge werden in einer Denkschrift der Regierung unterbreitet werden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Wirkl. Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. Dietrich, Ministerialrat im Ministerium für Volkswohlfahrt, wurde zum Ehrenmitglied der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin ernannt.

Frankfurt a. M. Prof. Franz Cohn wurde zum Chefarzt der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde ernannt. Der Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Marienkrankenhauses Dr. Jurasz hat einen Ruf an die neugegründete polnische Universität in Posen erhalten und wird ihm Folge leisten.

Marburg. Für das neuerrichtete Extraordinariat für Haut- und Geschlechtskrankheiten ist der Privatdozent Dr. Alfred Ruete in Aussicht genommen.

Hamburg. Oberarzt Prof. Fressel wurde zum Direktor des Instituts für Geburtshilfe ernannt.

Leipzig. Dr. Armando Frank, Oberarzt der Universitätskinderklinik, habilitierte sich für Kinderheilkunde.

Tübingen. Prof. Gustav v. Schleich, der Ordinarius für Augenheilkunde, tritt vorgerückten Alters wegen (er ist 69 Jahre alt) in den Ruhestand.

Innsbruck. Prof. Henge, Vorsteher der chemischen Abteilung der zoologischen Station in Neapel, erhielt einen Ruf als Ordinarius für medizinische Chemie an die hiesige Universität.

Lausanne. Privatdozent Gonin wurde zum ord. Professor der Augenheilkunde und Direktor der Augenklinik ernannt.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Die **Aerztliche Gesellschaft für Mechanotherapie** wird ihre dritte Jahresversammlung vom 27. bis 29. Dezember 1920 in Friedrichroda unter dem Vorsitz von Geheimrat Prof. Dr. G. Schütz abhalten. Es sind bereits Vorträge aus dem Gebiet der Mechano- und Elektrotherapie sowie Berichte über wirtschaftliche Fragen angemeldet. Weitere Anmeldungen von Vorträgen und Demonstrationen nimmt der Schriftführer Dr. Hirsch, Charlottenburg, Fraunhoferstraße 16, entgegen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang — Berlin, 11. Dezember 1920 — No. 50

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag.



Internationale Auskunftei und Inkasso-Büro

Gegründet 1902 **Kranz & Mäding, Kassel** Kurfürstenstr. 6

Erstklassiges Einziehungsinstitut f. Ärzte u. Apotheken

Besorgt Auskünfte u. Inkassos aller Art u. auf alle Plätze. Günst. Bedingungen, glänz. Erfolge. Bank- u. Postscheckkonto. **Nachweislich allein f. Aerzte u. Apotheken bereits 400000 M., die teilw. verjährt od. ausgeklagt waren, gerettet.** Uebern. d. gesamt. Außenstände b. Aufgabe d. Praxis. Viele Hunderte Ia Referenzen u. Anerkennungen. Ausführl. Angeb. gern z. Diensten.

TEROGON

(Extr. Pichi-Pichi, Extr. Kawa-Kawa, Lecithin, Ol. Chamomill.)

Internes Antigonorrhoicum

Indiziert in allen Stadien der Gonorrhoe u. deren Folgezuständen sowie bei nervösen Beschwerden der Blase

Wirkt **ohne unangenehme Nebenerscheinungen,** vermindert die Gefahr der Komplikationen, setzt die Krankheitsdauer herab

Packung:

1 Schachtel Terogon mit 60 Tabletten zu 0,4 g

Gebrauchsanweisung:

Dreimal täglich 3—4 Tabletten nach dem Essen

CALCIRIL

ein vorzüglich schmeckendes Kalkpräparat

JOD-CALCIRIL

BROM-CALCIRIL

kräftigen den Organismus und erhöhen die Toleranz für Jod und Brom.

Literatur und Versuchsproben zu Diensten

Calcion-Gesellschaft m. b. H.

Berlin 57, Bülowstraße 2—6

GLYKYLOL

wasserfreie Aluminium-magnesium Silikatpaste

Ein Antiphlogistum als Dauerumschlag

hält stundenlang warm!

Die Probedose **Mk. 9.50**

Chemische Industrie, Berlin SO. 33

Köpenickerstr. 147.

Rotolin-Pillen

haben sich nachweisbar seit Jahren bewährt bei verschiedenen

Erkrankungen der Atmungs-Organe

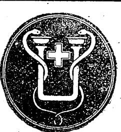
insbesondere bei

Bronchitis

Literatur und Aerzte-Muster kostenlos durch

„PHARINDHA" Ges. m. b. H.

(bisher Ploetz & Co.), Berlin SW 68.



SPIROGON

Praktisches und zuverlässiges Desinfektionsmittel zur

Prophylaxis der Geschlechtskrankheiten.

Auf den modernsten Lehren der wissenschaftl. Desinfektionskunde aufgebaut und in seiner Wirksamkeit ständig durch das bakteriologische Institut von Dr. Piorkowski-Berlin kontrolliert.

Gratismuster, Prospekte, Literatur zur Verfügung.

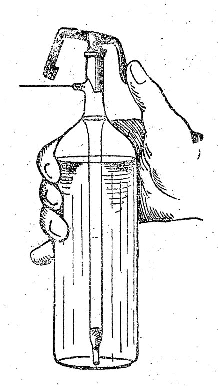
Union Fabrik. u. Handelsgesellsch., Berlin SW48, Friedrichstr. 7

Chemisch-Pharmazeutische Abteilung.

Chloraethyl Dr. Thilo

Conephrin, Novoconephrin

Zwei bewährte Injektions-Anästhetika



Wir empfehlen unser sehr bewährtes System der „Automatischen Standflasche"

Thyangol-Pastillen

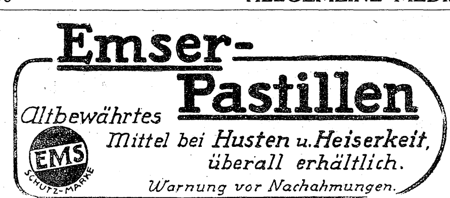
gegen Halsbeschwerden, insbesondere Angina

Sterile Subkutan-Injektionen

Bezug durch die Apotheken

Literatur durch

Dr. THILO & Co., chem. Fabrik, Mainz



Prof. Dr. Schleichs Präparate
(medizinische und kosmetische)
sind in Friedensqualität sämtlich wieder lieferbar; besonders **Wachspastaseife und Krankenhausseife** in Stücken, **Wachs - Marmorseife, Peptonpasta,** :: **Pasta serosa, Salia anaesthetica** usw. usw. ::

Chemische Fabrik Schleich, G. m. b. H.
Berlin N 39 Gerichtstraße 12/13.



als Heilmittel gegen Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden

Alle Drucksachen frei durch die Kurverwaltung

Dr. med. Gallus Bauer's
Herzberuhigungssalbe
„RECORSAN"
D. R. G. M. 248 848
hat sich nach Urteilen von Fachärzten bei tachycardischen Anfällen, Herzneurosen, Angina pectoris nervosa etc. hervorragend bewährt. — Broschüre eventl. auch Probetube kostenlos durch **alleinige Hersteller:**

Chemische Fabrik „Bavaria", Würzburg.

Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025–0,05 / 0,1–0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05–0,1–0,15 / 0,2–0,25–0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01–0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:
Kreosot 0,05—0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45 %, Haemoglobin 9 %, peptonis. Muskeleiweiß 46 %.
Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:
Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) Jasper 0,05
scat. unam orig.

Nur echt in geschlossener Originalschachtel.
Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
Bernau bei Berlin.

Dr. Michaelis' Eichel-Kakao
mit Zucker u. präpariertem Mehl.

Antidiarrhœicum

Prophylakticum

Proben und Literatur durch **Gebrüder Stollwerck, A.-G., Köln.**



Stirnkühler „PSYGMA"
D. R. P. und Auslandspatente angemeldet.
Die natürlichste Hilfe bei Kopfaffektionen u. geistiger Erschöpfung.
Der Stirnkühler ist auf wissenschaftlicher Grundlage nach thermo-dynamischen Grundsätzen unter Ausnützung des physikalischen Prinzips der vergrößerten Oberfläche konstruiert. Die wohldurchdachte radiale Anordnung der Aluminiumbänder bewirkt eine intensive Ableitung überschüssiger Wärme. Der Apparat ist glänzend begutachtet und in ärztlichem Gebrauch. Den Herren Aerzten wird der Apparat jederzeit auf Verlangen gerne vorgeführt.
Broschüren gratis durch „Psygma" Weltmonopol.

ATHOS=Laboratorium G. m. b. H., Abt. 5
Berlin S 59, Hasenheide 88.

Hermaphroditismus
verus internus m. menses.
Wir offerieren den Originalabguß der Genitalien eines bekannten Hermaphroditen in **tadelloser Ausführung** zum Preise von **M. 50.**— bei Voreinsendung des Betrags. Bei Nachnahme werden Portospesen extra berechnet.

Naturwissenschaftliches Präparatorium
Stuttgart, Ludwigstraße 26. D.

Cornutinum ergoticum „Bombelon"
(Ergotin „Bombelon")
Name ges. geschützt.
das **zuverlässige Mutterkornpräparat**
—:: Literatur kostenlos ::—

Packungen:
Flaschen zu 25 und 10 g. und kleine Kassenpackung zu 5 g.
Ampullen zu 1,1 cm. Cartons zu 3, 5 u. 10 Stück
Tabletten zu 0,5 g Röhren zu 10 und 20 Stück
Specificum
bei Menorrhagien, Metrorrhagien im Klimakterium etc.
Prophylacticum
während der Nachgeburts- und Involutions-Periode, nach Abort bei Atonie post partum usw.
Bei Blutungen aller Art von bestem Erfolg (Ruhr usw.)

H. Finzelberg's Nachfolger
Chem. Werke Andernach a. Rh.

89. Jahrgang Berlin, 11. Dezember 1920 No. 50

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen,
Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

(Aus der Hydrotherapeutischen Anstalt der Universität Berlin. Leiter: Prof. Dr. Schönenberger.)

Die rheumatische Myalgie der Schulter und ihre Behandlung.

Von Dr. **Alfred Fürstenberg.**

Das gehäufte Auftreten der rheumatischen Erkrankungen aller Art im Kriegsdienst ist eine seit altersher bekannte Erscheinung. Dabei handelt es sich um das Auftreten neuer, die Verschlimmerung schon bestehender und um Rückfälle früherer Erkrankungen. Die uns darüber zugängliche Literatur in diesem Weltkrieg ist im Verhältnis zur Häufigkeit der Leiden nicht umfangreich. Doch liegen mehrere wichtige Arbeiten vor, die über das Wesen der rheumatischen Erkrankungen im allgemeinen uns näheren Aufschluß geben, so besonders von Goldscheider, Quincke und Otfried Müller. Letzterer zeigte schon früher, daß beim Menschen Blut, welches durch Kältereiz von einer bestimmten Stelle der Körperperipherie verdrängt wird, nicht in andere Teile der Peripherie ausweicht, sondern in die Tiefe. Das ist praktisch wichtig wegen der indirekt ausgelösten entzündlichen Veränderungen, die entstehen, wenn vorhandene Infektionserreger, wie z. B. an Mandelpfropfen, unter den eintretenden Aenderungen der Blutverteilung im Gewebe Wurzel fassen. Und neuere Tierversuche von Jezierske ergaben, wie schon ähnliche Versuche früherer Untersuchungen, daß Durchfeuchtung der Haut (Schwitzen) und dann rasche Abkühlung durch bewegte Luft die schwersten Veränderungen in den Lungen zur Folge hat, nicht so die Abkühlung der trocknen Haut. Bei feuchter Kälte und Zugluft sinken die Opsonine stark (Keysser). Die klinischen Beobachtungen von Strasser, Freund, Dalmady heben hervor, daß der Muskelrheumatismus während des Krieges in der größten Zahl die unteren Extremitäten betrifft; das ist nicht wunderbar, da ja die unteren Extremitäten neben ihrer starken Inanspruchnahme am meisten örtlichen Kälteerscheinungen ausgesetzt sind (Erfrierungen).

Eine Lokalisation des Muskelrheumatismus erscheint zu wenig betont, die nach meinen Erfahrungen sich häufig zeigt und ein bestimmt abgegrenztes Krankheitsbild gibt. Das ist die des Muskelrheumatismus an der Schulter. Das Krankheitsbild ist folgendes: Hauptsymptom ist die Myalgie. Die Schmerzhaftigkeit der Schulter setzt ziemlich plötzlich ein und steigert sich in etwa 2—3 Tagen zu großer Heftigkeit. Jede aktive oder passive Bewegung macht scharf schneidende Schmerzen, aber auch in der Ruhelage dauern die Schmerzen dumpf bohrend oder mehr brennend an. Besonders schmerzhaft ist die Bewegung des Armes nach hinten und innen, wie z. B. beim Greifen in die hintere Rocktasche. Der Schlaf ist völlig gestört, einmal deshalb, weil es schwer wird, eine richtige Lage im Bett zu finden, und ferner dadurch, daß die Bettwärme die Schmerzhaftigkeit bis zur äußersten Heftigkeit steigert. Gewöhnlich sind schon Salizylate und ähnliche Präparate sowie Schlafmittel ohne Erfolg genommen worden. Bei der Untersuchung findet man eine starke Spannung und Druckschmerzhaftigkeit der Muskeln. Die Musculi supra- und infraspinati, der Musculus deltoideus sowie der lange Kopf des Triceps sind besonders auf Druck schmerzhaft. Die Hauttemperatur über den betreffenden Muskeln ist nicht erhöht, Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden. Schwellungen fehlen. Das Gelenk selbst ist, wie Röntgenuntersuchungen oft zeigten, völlig frei und auf Druck nicht schmerzhaft. Das Periost kann leicht schmerzempfindlich sein. Der Schmerz wandert nicht, sondern bleibt auf die Schultern beschränkt. Fieber besteht nicht. Die Krankheit dauert bei zweckentsprechender Behandlung etwa 2 bis 3 Wochen; andernfalls kann sie sehr langwierig werden. Bei längerer Dauer können Muskelatrophien entstehen. Rezidive sind nicht selten. Sind die akuten Erscheinungen vorüber und wird dann massiert, so fühlt man die in der Längsrichtung verlaufenden bekannten Faserversteifungen und Verhärtungen, die sich auch beim Hexenschuß und steifen Hals zeigen (A. Müller, Jochmann) und ferner die am Knochenansatz gelegenen erbsengroßen, harthöckrigen, sogenannten Insertionsknötchen, die auf Druck schmerzhaft sind. Eine ähnliche Erkrankung beschreibt Quincke. Anfang der 90 er Jahre kam in den regnerischen Wintermonaten in die medizinische Klinik zu Kiel eine Anzahl von Arbeitern beim Nordostseekanal mit einer eigentümlich lokalisierten Myalgie in der Cucullaris- und Schulterblattgegend. Die Schmerzen waren sehr heftig bei Druck und bei Bewegung der Schulterblätter. Am ersten Tage bestand meist etwas Fieber. Die Krankheit wurde Schipperkrankheit genannt, denn die Arbeit der Leute hatte darin bestanden, Erdreich mit der Schippe auf kleine Förderwagen zu werfen. Vielfach hatten die Leute bei dauerndem Regenwetter gearbeitet. Diese Erkältung, verbunden mit der fortwährend wiederholten Inanspruchnahme gewisser Muskelgruppen hatte ein sonst nie gesehenes Symptomenbild, eine Art „versetzter Lumbago", wie Quincke es nennt, erzeugt.

Aehnliche aetiologische Momente müssen auch für die vorher geschilderte Erkrankung herangezogen werden. Ueberanstrengung der Schultermuskeln beim Schanzen und Tragen, Druck z. B. des Tornisters auf die Schultermuskeln in Verbindung mit nachfolgenden Durchnässungen im Regenwetter dürften häufig die Ursache für die Erkrankung sein. Trifft Ueberfunktion bestimmter Muskelgruppen (Turnschmerz), wie bei Märschen mit mechanischen Beeinflussungen, wie anhaltendem Druck oder Dehnung der Muskeln zusammen und kommen dann noch Kälteschädigungen hinzu, so sind die Bedingungen für eine Myalgie gegeben. Strasser hat Druckmyositiden, Druckneuralgien, Druckneuritiden infolge

Drucks von Tornisterteilen und Schulterriemen häufig beobachtet. — Oft gaben unsere Kranken an, daß sie die Schmerzen plötzlich bekommen hätten, als sie nach einem langen Marsch auf durchnäßtem Boden schliefen. Die Schultern bohren sich ja beim Schlafen auf weichem Untergrund am tiefsten in letzteren hinein. Noch eine andere Kälteschädigung der Oberarm- und Schultergegend liegt oft darin, daß, besonders bei gebeugtem Unterarm, durch den weiten Rockärmel dauernd Luft strömt, die sich gerade an der Achsel- und Schultergegend verfängt. Um dies zu verhindern, ist es zweckentsprechend, über die Hemdsärmel Bänder zu binden.

Goldscheider unterscheidet die örtliche Kälteschädigung und die unter dem Einfluß der Kälteschädigungen auftretenden Infektionen. Er hält es für eine gänzlich haltlose dogmatische Verallgemeinerung, wenn man jede rheumatische Erkrankung als Infektion ansieht. Es gibt demnach nach ihm rein refrigeratorische Myalgien — um eine solche handelt es sich bei der oben geschilderten Erkrankung — und auch rein refrigeratorische Arthralgien. Bei der refrigeratorischen Arthralgie kann es sich sowohl um eine direkte Kälteschädigung sensibler Nerven am Gelenk, wie um irradiierende Hyperalgesien infolge einer in der Nachbarschaft stattgehabten lokalen Kälteschädigung handeln. Versuche, bei denen durch örtliche Kältewirkung Schmerzhaftigkeit von Knochenteilen und Gelenkenden erzielt wurden, beweisen dies. Die rheumatische Facialislähmung beruht zuweilen auf ganz lokalisierter Abkühlung des Gesichts. Wir haben es in solchen Fällen mit einer direkten Kälteschädigung des Nerven zu tun. Eine solche wird ebenso auch sensible Muskelnerven betreffen können.

Ueber die Vorgänge im Muskel, die der Myalgie zugrunde liegen, sind die Meinungen geteilt. Auerbach und Bing sowie Adolf Schmidt exzidierten die vorher erwähnten, bei der Massage fühlbaren, von Froriep „rheumatische Schwielen" genannten Muskelfaserverhärtungen und fibrösen Knötchen und untersuchten sie mikroskopisch. Sie fanden an Muskelfasern, Zwischengewebe und Nerven nichts Abnormes. Es muß sich also um rein funktionelle Vorgänge in den Muskelbündeln handeln. Adolf Schmidt hält die Myalgie für eine Neuralgie der sensiblen Muskelnerven, Goldscheider bezeichnet sie nur als eine Hyperalgesie der sensiblen Muskelnerven. Er hält es für keineswegs sicher, daß der refrigeratorischen Myalgie nur ein rein funktioneller Zustand zugrunde liegt, vielmehr seien anatomische Veränderungen als Grundlage des Reizzustandes nicht ausgeschlossen, nur kennen wir solche nicht. Quincke vermutet, daß bei der akuten Myalgie in dem intermuskulären und intramuskulären Bindegewebe manchmal auch bei rheumatischen Erkrankungen der Gelenke und ihrer Adnexe ähnliche Vorgänge sich abspielen, wie auf der Haut bei Urtkaria und akutem Oedem; wie diese sind sie flüchtig, können wandern und zeigen eine Vorliebe für bestimmte Stellen. Der Unterschied gegenüber den flüchtigen Hauteruptionen liegt darin, daß in der Mehrzahl der Fälle bei ihnen toxische Einflüsse, bei der Myalgie Kältereize uns als Ursache entgegentreten. Man muß deren Wirkung aus einem Reflex auf die Gefäß- und trophischen Nerven des erkrankten Bezirks erklären. Es würde sich also auch hier um neurogene Vorgänge handeln. Daß die rheumatischen Schmerzen in gewissen Muskelgruppen besonders heftig und akut auftreten, erklärt sich vielleicht aus der Einklemmung durch die hier besonders straffen Faszien.

Bei der oben geschilderten, während des Krieges häufig beobachteten Myalgie der Schulter handelt es sich mitunter nicht um Neuerkrankungen. Beim Erheben der Anamnese zeigt sich, daß Schmerzen schon bestanden hatten, daß sie durch eine starke Durchnässung etc., wie oben gesagt, sich akut aber zu großer Heftigkeit steigerten. Natürlich trifft die Erkrankung Disponierte und gegen Witterungseinflüsse Empfindliche vorzugsweise. Bei älteren Personen findet sich als prädisponierendes Moment mitunter Gicht, wie ja Stoffwechselerkrankungen oft derartige Muskelrheumatitiden im Gefolge haben. Auch chronischer Alkoholismus erzeugt Muskelschmerz. Bei der Diagnose ist ferner darauf zu achten, daß bei Erkrankungen der Leber häufig der Schmerz nach der rechten Schulter, bei Sklerose der Koronararterien und der Aorta der Schmerz nach dem linken Arm irradiiert. Eine genaue Untersuchung ist hier am Platze. Viel zu viel mußte im Kriege die Diagnose Rheumatismus herhalten. Das wurde besonders auf den Stationen für physikalische Therapie beobachtet (Blind). Trichinose! Bemerkt sei noch, daß dieser Schulterrheumatismus natürlich nicht nur im Krieg vorkommt. Er ist aber sonst, weil die Kälteschädigungen nicht so oft und intensiv eintreten, nicht so häufig.

Mitunter ist es aber auch sehr schwer, wenn nicht unmöglich, zu unterscheiden, ob Muskel oder Nerven oder Gelenk oder mehrere von ihnen erkrankt sind; es gibt Uebergänge zwischen Myalgien und Neuralgien. Dieselbe Ursache kann beides erzeugen.

Was nun die Behandlung betrifft, so war vorher schon erwähnt worden, daß die Salizylpräparate nur geringen oder gar keinen Einfluß auf die Schmerzhaftigkeit haben. Ich habe auf der Abteilung für physikalische Therapie am Kriegslazarett I in Brüssel während des Krieges eine sehr große Zahl dieser Erkrankungen zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit gehabt. Dabei zeigte sich, daß es am zweckmäßigsten ist, die Schulter und den Arm zunächst möglichst ruhig zu stellen, außerdem aber sie sogleich mit strömendem Dampf zu behandeln. Auch hier hatte der von Brieger immer wieder empfohlene Dampfstrahl die besten Erfolge. Die betreffenden Stellen werden täglich von 15 Minuten Dauer allmählich ansteigend bis zu 30 Minuten strömendem Dampf ausgesetzt. Nach der Dampfbehandlung folgt eine kurze kühle Abwaschung. Der Prießnitz, besonders Nachts, ist nicht empfehlenswert, da er die Schmerzen steigert. Nach einigen Tagen lassen die heftigsten Schmerzen nach und jetzt wird mit leichter Massage und Gymnastik begonnen, die von Tag zu Tag ausgedehnter werden. Beginnt man sogleich mit der Anwendung von Massage und Gymnastik, so werden die Beschwerden nur noch heftiger. Massage unter strömendem Dampf wirkt besonders günstig. An Stelle der kühlen Abwaschung gibt man nach den ersten Tagen warme Vollbäder, in denen man allmählich gesteigerte Bewegungen mit Schulter und Arm ausführen läßt und die zum Schluß schnell abgekühlt werden. So gehen die Beschwerden bald zurück und nach 2—3 Wochen sind die Kranken bis auf eine leichte Ermüdbarkeit im Schultergelenk wieder hergestellt. Trockene Heißluft, elektrische Teillichtbäder wirken lange nicht so günstig, und wie ich auch später zu beobachten Gelegenheit hatte, ist die Diathermie hierbei nicht so erfolgreich wie die Dampfstrahlbehandlung; ebenso wenig die Höhensonnenbehandlung, die sicherlich bei manchen Erkrankungen sehr gut wirkt, aber nun nicht planlos überall angewendet werden darf. Daß Thermalbäder, die indifferenten sowohl wie die Schwefel- und Kochsalzthermen, sowie besonders Moor- und Schlammbäder günstig wirken, bedarf wohl keiner besonderen Erwähnung. Wichtig ist es, daß man schon zur Zeit der Behandlung mit der Abhärtung beginnt, um Rückfällen vorzubeugen. Vorher waren ja die Kälteschädigungen als Ursache für diese Erkrankung genannt worden, und es muß versucht werden, den Körper an thermische Kontraste zu gewöhnen, damit er derartigen Einflüssen Widerstand leisten kann. Das wird am besten durch eine „Gymnastik der peripheren Gefäße" erreicht, wobei es besonders darauf ankommt, die Dilatation der Hautgefäße, die reaktive Gefäßerweiterung, die bei zu Erkältung Neigenden nicht prompt vor sich geht, zu üben. Man beginnt also zunächst mit kühlen Abwaschungen, geht dann zu Ganzabreibungen, wechselwarmen und kühlen Duschen, kühlen Halbbädern, Schwimm- und evtl. auch Luftbädern über. Natürlich ist der Abhärtung eine Grenze gesetzt. Ein absolut sicherer Schutz gegen die Folgen der Kälteschädigungen ist selbst durch die größte Abhärtung nicht zu erreichen, wie sich das im Kriege oft genug gezeigt hat.

Zur Behandlung mit Dauerumschlägen.

Von San.-Rat Dr. **P. Müller**, Erfurt.

In der antiphlogistischen Behandlung von Entzündungen aller Art werden auch heute noch die Dauerumschläge mit ihrer anhaltenden, hyperaemisierenden Wirkung allgemein sehr geschätzt.

Darum dürfte dem Praktiker der Hinweis auf ein neues Präparat, mit dem ich ausgezeichnete Erfolge erzielt habe, sehr willkommen sein.

Glykylol, eine dicke, glyzerinhaltige Paste von Aluminium-Magnesium-Silikaten und entzündungswidrigen, antiphlogistischen Heilmitteln, stellt einen Dauerumschlag auf neuer Grundlage dar, der besser als alle bisherigen, im Gebrauch befindlichen, wirkt.

In einem Tiegel über der Flamme 2 Minuten erhitzt, hält Glykylol die aufgenommene Wärme in gleichmäßigem Grade und noch nach 18—24 Stunden über 46° C. und wirkt durch die dadurch entstehende Blutansammlung erweichend und auch außerordentlich schmerzstillend.

Glykylol reizt die Haut nicht, schmiegt sich ihr innig an und ist, ohne die Haare mitauszureißen, leicht abnehmbar und abwaschbar.

Einmal gebraucht, kann es mehrere Male wieder verwendet werden.

Einige Krankengeschichten mögen seine Wirkung näher begründen.

N. N., Fabrikarbeiter, kam mit einer akuten Tendovaginitis der r. Finger- und Handbeuger in Behandlung. Die Beugeseite des r. Unterarmes wird vom Handgelenk bis zur Mitte mit Glykylol dick bestrichen, darauf Watte und Schiene. Der Verband bleibt bis zum nächsten Tage liegen; bei Abnahme schon weniger Knirschen zu fühlen, die Beugung der Hand und der Finger ist weniger schmerzhaft. Der Verband wird noch zweimal wiederholt, nach 4 Tagen wird Patient geheilt entlassen.

N. N., Gastwirt, 50 Jahre alt, wird plötzlich von einem heftigen Podagra der r. großen Zehe befallen. Außer Aspirin erhält der Patient einen Glykylol-Umschlag. Der Kranke rühmt die schnelle schmerzlindernde Wirkung der Umschläge, die alle 3 Stunden erneuert werden und für die Nacht die ersehnte Ruhe bringen. Schon nach 2 Tagen ist Patient gänzlich beschwerdefrei.

In einem dritten Falle beschleunigten die Glykylol-Umschläge die Einschmelzung eines handtellergroßen Karbunkels auf dem Kreuz in sehr schneller Weise.

Das Glykylol ist demnach ein außerordentlich vielseitig anzuwendendes Mittel für Dauerumschläge, das auch in der Sprechstunde des Arztes leicht zu gebrauchen ist.

II. Referate.

Innere Medizin.

Dr. **Robert Grünbaum** (Wien): **Die Diathermiebehandlung der Claudicatio intermittens.** (Wien. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 43.)

Verf. hat in 8 Fällen von Claudicatio intermittens die Diathermiebehandlung in Anwendung gebracht. In allen Fällen wurde eine Besserung der subjektiven Beschwerden erreicht; in einigen Fällen ging sie sogar so weit, daß die Patienten auch längere Strecken ununterbrochen schmerzfrei gehen konnten. Die Besserung reichte über die Zeit der Behandlungsdauer hinaus. Die Technik der Behandlung geht so vor sich, daß er einfache dünngewalzte Bleiplatten verschiedener Größe verwendet, von denen die eine 30×24 cm große Elektrode als Fußplatte angeordnet wird, während die zweite Platte über der Arteria poplitea oder weiter oben über der Kruralis vorn am Oberschenkel angebracht wird. Der Patient erhält im Sitzen 10—20 Minuten lang eine Stromstärke von 400—800 Milliampère, die speziell anzuwendende Dosis richtet sich nach dem subjektiven Empfinden des Patienten. Hh.

Dr. **A. Hirsch** (Stuttgart): **Ueber zwei Fälle von Oesophagusparese infolge von Botulismus.** (Mediz. Korrespondenzblatt für Württemberg 1920, Nr. 39.)

Verf. berichtet über 2 Fälle, bei denen im Anschluß an gastroenteritische Erscheinungen sich Schluckstörungen kombiniert mit Akkommodationslähmung zeigten. Die Deglutitionsstörung war in beiden Fällen dadurch charakterisiert, daß Flüssigkeiten leicht, Festes gar nicht geschluckt werden konnte und daß die Speiseröhre für Sonden leicht durchgängig war. Dagegen fehlte Lähmung des Gaumensegels, die sonst bei Botulismus — denn dieser lag offenbar vor — beobachtet wird. Die vorliegende Form der Dysphagie beruhte offenbar auf einer Parese der Oesophagusmuskulatur. Bei beiden Kranken gingen die Lähmungserscheinungen in einigen Wochen vollständig zurück. L.

Dr. **Alfred Luger** und Dr. **Hans Neuberger** (Wien): **Ueber Spirochätenbefunde im Magensaft bei Carcinoma ventriculi.** (Wien. med. Wochenschr. 1920, Nr. 28.)

Die Verfasser fanden in einer größeren Zahl von klinisch und röntgenoskopisch sichergestellten Fällen von Magenkarzinom im nüchternen Magensaft zahlreiche Spirochäten, die im allgemeinen den Typus der Mundspirochäten aufweisen, während sie im normalen Magen oder bei anderen Magenerkrankungen (Ulcus ventriculi resp. duodeni, Achylie) fehlen oder nur ganz vereinzelt auftreten. Daher dürfte dem positiven Spirochätenbefund im Mageninhalt eine Bedeutung für die Karzinomdiagnose zukommen. Für das Auffinden der Spirochäten bewährte sich, abgesehen von der Dunkelfeldbeleuchtung, welche am schnellsten zum Ziele führt, die Fontana'sche Versilberungsmethode am besten. Für die genauere morphologische Untersuchung ist die Giemsa-Färbung unentbehrlich. L.

Chirurgie.

Privatdozent Dr. **O. Kleinschmidt** (Leipzig): **Bericht über zwei mit Erfolg radikal operierte komplizierte Dermoide des Mediastinum anticum.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 30.)

Bisher sind nur 4 Fälle von Dermoiden des Mediastinums mit Erfolg operiert worden. Verfasser vermehrt die spärliche Kasuistik um 2 von P a y r erfolgreich operierte Fälle. In beiden Fällen handelte es sich um Mädchen, und zwar im Alter von 17 und 24 Jahren. Beide Male fanden sich komplizierte Dermoide, in denen Teile aller 3 Keimblätter entwickelt waren. Gefunden wurde in beiden Fällen Haut mit ihren Anhängen, Schleimhaut mit reichlichen Drüsenbildungen, Knorpel, Knochen, glatte Muskulatur und in dem einen Falle Darm mit allen Schichten, Lymphgewebe, Nervensubstanz, Speicheldrüse, Pankreas und quergestreifte Muskulatur. Die sichere Diagnose wurde in beiden Fällen erst bei der Operation gestellt, war aber in Erwägung gezogen worden. Beweisende Symptome hatten gefehlt. Weder ein Durchbruch in einen Bronchus mit Aushusten von Dermoidbrei und Haaren hatte stattgefunden, noch hatte die Punktion sichere Anhaltspunkte für Dermoide geliefert. In beiden Fällen war ein Durchbruch des Dermoidsackes erfolgt, in dem einen Fall in die Pleura, in dem anderen durch einen Interkostalraum in das submuskuläre Gewebe. Die beiden Kranken hatten seit 1—2 Jahren Erscheinungen bemerkt, die in Schmerzen und Stechen beim Atmen bestanden. Husten und Fieber war bei beiden niemals aufgetreten, Auswurf fehlte vollständig. Im übrigen war das Krankheitsbild und der Verlauf recht verschieden. Beide Male war zwar der Ausgangspunkt der Geschwulst das vordere Mediastinum, bei der einen Kranken hatte sich aber der Tumor in den rechten Thoraxraum entwickelt und war schließlich in die rechte Pleurahöhle perforiert, bei der anderen Patientin war Perforation in dem linken Subpektoralraum erfolgt. Entsprechend verschieden waren auch die objektiven Symptome. Der erste Fall hatte als Empyem, der zweite als kalter Abszeß imponiert. Die Behandlung bestand in beiden Fällen in Radikaloperation, die bei der einen Kranken mehrzeitig ausgeführt werden mußte, während bei der anderen die radikale Entfernung der Geschwulst durch eine einzige Operation gelang. Im ersten Fall waren nach der zuerst unvollständigen, dann vollständigen Entfernung des Tumors infolge von Fistelbildungen mehrere Nachoperationen notwendig, da eine Infektion der fistelnden Resthöhlen eingetreten war. In dem anderen Falle war die Höhle sofort vollkommen verschlossen worden, und es erfolgte primäre Heilung, so daß die Kranke schon nach 17 Tagen entlassen werden konnte. L.

Medizinalrat Dr. **F. Krumm** (Karlsruhe i. B.): **Die Behandlung chirurgischer Tuberkulosen mit dem Friedmann'schen Mittel und ihre Ergebnisse nach 6 Jahren.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 30.)

Verfasser hatte von Januar bis Mai 1914 52 an chirurgischer Tuberkulose leidende Kranke mit dem Friedmannschen Mittel behandelt, und zwar Kranke der verschiedensten Altersstufen von 1½—69 Jahren. In 15 Fällen lag Gelenktuberkulose vor, 4 mal Tuberkulose kleinerer Knochen, 6 mal Tuberkulose des Brustbeins und der Rippen, 6 mal Wirbeltuberkulose, 8 mal multiple Karies, 4 mal Schleimhaut- oder Hauttuberkulose, 7 mal Drüsentuberkulose, 3 mal Urogenitaltuberkulose, 1 mal Bauchfelltuberkulose. In 4 Fällen bestand gleichzeitig Lungentuberkulose. Eine besondere Auswahl wurde damals nicht getroffen. Nicht vorbehandelt waren 14 Fälle, die übrigen waren teils operiert, teils mit Abszeßpunktion, Jodoformglyzerin usw. vorbehandelt. Die unmittelbaren Erfolge waren bei der Entlassung aus der Behandlung nicht gerade ermutigend. Verfasser stellte nun nach fast 6 Jahren eine Enquete über den weiteren Verlauf der 1914 behandelten Fälle an. Von 47 konnte er das Endresultat feststellen, darunter 30 persönlich untersuchen. Von den 52 Behandelten waren 9 gestorben, davon 6 an Tuberkulose, und zwar 3 einige Wochen oder Monate nach der Entlassung. 6 Patienten waren ungeheilt; 32 sind geheilt, d. h. eine tuberkulöse Erkrankung besteht bei ihnen nicht mehr. Von 7 im Jahre 1914 geheilt Entlassenen sind 5 geheilt geblieben, von den Gebesserten kamen 18 nachträglich zur Ausheilung, auch von den ungeheilt Entlassenen wurde noch eine Anzahl Kranke nachträglich geheilt, 3 allerdings durch operative Eingriffe. Unter den geheilten Fällen waren 17 schwere, 8 mittelschwere, die übrigen leichtere Fälle. Von den Geheilten hatten 18 die Simultaninjektion bekommen. Das schließliche Gesamtergebnis ist also verhältnismäßig günstig, viel besser, als man nach dem unmittelbaren Erfolg erwarten konnte. L.

Harn- und Geschlechtskrankheiten.

Prof. Dr. **Joh. Fabry** (Dortmund): **Ueber den jetzigen Stand der Syphilisbehandlung (Silbersalvarsan, Sulfoxylatsalvarsan).** (Med. Klinik 1920, Nr. 27.)

Nach Verf. muß man sich bei der Frage der zweckmäßigsten Syphilisbehandlung von jedem Schematismus fernhalten. Es muß streng individualisiert werden nach der klinischen Beschaffenheit des Falles und nach der Reaktion des Patienten auf die angewandten Mittel unter besonderer Berücksichtigung der Wassermann'schen Reaktion. Was die neueingeführten Mittel, das Silbersalvarsan und das Sulfoxylatsalvarsan anlangt, so ist das erstere äußerst wirksam, jedoch ist die Technik seiner Anwendung nicht ganz einfach; bei schlechter Technik verursacht es sehr schmerzhafte und langwierig verlaufende Nekrosen. Ist man geübt, so kann man alle Silbersalvarsaninjektionen mit einer 10 ccm fassenden Rekordspritze machen; die üblichen Dosen 0,1—0,2 g lösen sich in 6—8 ccm Aq. destill. in 1—2 Minuten. Daß die Kanüle gut in der Vene sitzt, erkennt man daran, daß beim Zurückziehen des Stempels keine Luftblasen auftreten. Im allgemeinen ist nach Verf. das Silbersalvarsan für den ärztlichen Praktiker nicht geeignet, wohl aber für die Klinik. Dagegen scheint das Sulfoxylatsalvarsan gerade das Präparat des Arztes in der Sprechstunde zu sein. Sulfoxylatsalvarsan wird in Ampullen in gelöstem Zustand fertig für die Injektion geliefert. Es kann wegen seiner Reizlosigkeit auch intra-

muskulär resp. epifaszial injiziert werden; in seiner Wirkung ist es dem Neosalvarsan mindestens gleich. Es kommt in erster Linie da in Frage, wo eine intravenöse Anwendung erschwert und bei schwerer Erkrankung (Aneurysma der Aorta, schwere Tabes), sowie bei gleichzeitigen Allgemeinerkrankungen (Tuberkulose, Diabetes) kontraindiziert ist. Andererseits verbleibt es längere Zeit im Körper und birgt daher die Gefahr der Kumulation in sich. Es ist deshalb angezeigt, wenn es sich lediglich um Nachbehandlung zwecks Beseitigung eines positiven Wassermann handelt und man in Intervallen von 2—3 Wochen behandeln darf. In Mengen von 2—3 ccm beseitigt Sulfoxylatsalvarsan mindestens so schnell wie Neosalvarsan die sichtbaren primären und sekundären Erscheinungen. Seine Anwendung ist daher für die Kupierung günstiger Fälle ebenso berechtigt, wie die des Neosalvarsans. Bei sekundärer Lues empfiehlt Verf., die Behandlung mit Neosalvarsan oder Silbersalvarsan einzuleiten und mit Sulfoxylatsalvarsan fortzusetzen, z. B. bei primärer Lues mit bereits positivem Wassermann oder eben beginnender Roseola: 4—6mal Silbersalvarsan in Intervallen von 4—5 Tagen, 6—8mal Sulfoxylatsalvarsan und zwar 4 Einspritzungen in Intervallen von 7 Tagen, die letzten 4 in Intervallen von 8—10 Tagen. Zu bemerken ist bei Sulfoxylatsalvarsan das häufigere Auftreten einer universellen Dermatitis. Dabei fehlen niemals Vorläufer in Gestalt urtikarieller und erythematöser Eruptionen. Bei derartigen Erscheinungen ist die Behandlung sofort auszusetzen und erst nach längerer Zeit vorsichtig, möglichst mit einem anderen Salvarsanpräparat, wieder zu versuchen. Oft wird die Salvarsanbehandlung überhaupt auszusetzen sein. Eine ev. Dermatitis ist möglichst indifferent zu behandeln: Zinkpuder, 5proz. Ichthyolwasser auf nässende Stellen, auf Rhagaden am Mund und an den Lidern reizlose Salben. Innerlich Beförderung der Diurese durch Urotropin und Diuretin. L.

Dr. **Leo Dub** (Prag): **Dunkelfeldbeleuchtung der Spirochaeta pallida nach Fixierung.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 29.)

Wie Verf. gefunden hat, kann man die Spirochaeta pallida auch in fixiertem Zustand vor der Färbung noch im Dunkelfeld sichtbar machen. Man tropft am zweckmäßigsten auf den fixierten Ausstrich Ruge'sche Lösung (Acid. acetic. 1, Formalin 20, Aq. destill. 100) und gibt das Deckglas darauf. Die Spirochaeta pallida erscheint dann als verschieden langes, korkzieherartig gewundenes Gebilde, das sich weißleuchtend von der dunkleren Umgebung abhebt. Die Sekretausstriche müssen möglichst dünn sein. Bei Verwendung von Wasser oder Kochsalzlösung (statt der Ruge'schen Lösung) ist die Spirochaeta auch schon sichtbar. L.

Dr. **Wendtlandt** (Berlin): **Experimentelle Studien über die Beziehungen der Sachs-Georgi- zur Wassermannschen Reaktion.** (Ztschr. f. Immunitätsforschung, Band 30, Heft 2.)

Verf. fand, daß weder bei vergleichenden Untersuchungen, die mit der Wassermann-Reaktion und der Sachs-Georgi-Reaktion an Tierseris angestellt wurden, noch bei einer vergleichenden Prüfung der Hitzebeständigkeit des Wassermann- und Sachs-Georgi-„Körpers" ein Parallelismus festgestellt werden konnte. Diese Ergebnisse geben keine Anhaltspunkte dafür, daß beide Reaktionen voneinander abhängig verlaufen. Auch andere Versuche führten zu der Ansicht, daß ein engerer Zusammenhang zwischen den beiden Reaktionen unwahrscheinlich ist. — Das Ergebnis der Untersuchungen schließt kein Urteil über die Brauchbarkeit der Reaktionen oder deren Wert in sich. rs.

Prof. Dr. **R. Birnbaum** (Göttingen): **Zur operativen Therapie der Schrumpfblase.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 29.)

In einem Fall von mehrere Jahre bestehender Schrumpfblase mit chronischer Zystitis (kein Zeichen von Tuberkulose) bei einem 24jährigen Mädchen unternahm Verfasser mit Erfolg, da die konservative Behandlung versagte, eine operative Erweiterung der Blase mittels eines eingepflanzten Dickdarmstücks, und zwar folgendermaßen. Aus dem unteren Abschnitt der Flexura sigmoidea wurde ein 12 cm langes Stück unter möglichster Schonung des zugehörigen Mesenteriums ausgeschaltet, das obere Ende des ausgeschalteten Darmstückes wurde vernäht. Darauf Eröffnung des Blasenscheitels durch ergiebigen Längsschnitt. Die Blasenwand war verdickt, narbig, das Lumen stark reduziert. Nun wurde das untere Ende des ausgeschalteten Darmstückes schichtweise in den Blasenscheitel eingenäht, etwa wie bei der Gastroenterostomie. Links von der neuen Blase wurden die freien Enden des Dickdarms miteinander vereinigt. Zur Sicherung der Blasen-Darmnaht wurde das weit herunterreichende Netz auf die Nahtstelle vernäht. Außerdem Mikulicz-Tampon auf die Nahtstelle. Die Bauchhöhle wurde bis auf den unteren Wundwinkel, durch den der Tampon herausgeleitet wurde, geschlossen; in die Blase kam ein Verweilkatheter. Der Verlauf nach der Operation war gut. Am 10. Tage wurde der Dauerkatheter entfernt und vorsichtige Blasenspülungen gemacht. Der Urin wurde schon vom 10. Tage ab drei Stunden lang gehalten. Der Urin zeigte zunächst starke Schleimbeimengungen. Am 27. Tage wurde die Patientin entlassen. 6 Wochen später war der Urin fast klar, die Urinentleerung erfolgte alle 3—4 Stunden, die Blase faßte 180—200 ccm. Der funktionelle Erfolg der Operation war also recht zufriedenstellend. L.

Privatdozent Dr. **Oswald Schwarz** und Dr. **Richard Wagner** (Wien): **Ueber Tetanie der Blase und ihre Behandlung.** (Wiener klin. Wochenschrift 1920, Nr. 28.)

Störungen der Harnentleerung sind als gelegentliche Begleiterscheinungen der Säuglingstetanie bekannt. Im Kleinkindesalter scheint diese Komplikation nur ganz ausnahmsweise vorzukommen. Deswegen sind die beiden hier von den Verfassern mitgeteilten Fälle beachtenswert. Im ersten Fall handelte es sich um einen 4jährigen Knaben, welcher im Anschluß an einen Anfall von allgemeinen Krämpfen an Harnverhaltung erkrankte. Das Kind mußte 12 Tage hindurch täglich katheterisiert werden. Injektionen von 6 mg Papaverin und 0,5 ccm Pituitrin blieben erfolglos. Da die Untersuchung ein positives Facialis- und Trousseau-Phänomen sowie eine stark erhöhte galvanische Erregbarkeit ergab, so wurde Tetanie angenommen, und die Harnverhaltung als Manifestation dieser Grundkrankheit angesehen. Daraufhin wurden, am 13. Tage der kompletten Harnverhaltung, intravenös 10 ccm Afenil (10proz. Kalziumchlorid-Harnstoff, hergestellt von Knoll & Co., Ludwigshafen) injiziert. Drei Stunden später entleerte das Kind wieder spontan Urin, und die Harnverhaltung war damit endgültig behoben. Bald darauf kam ein 1½jähriges Mädchen mit manifester Tetanie zur Aufnahme. Das Kind urinierte in den ersten 12 Stunden nach der Aufnahme überhaupt nicht, in den nächsten 24 Stunden entleerte es nur 4 mal ganz geringe Mengen Urin; dabei stand der Blasenscheitel in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, es bestand also eine inkomplette Retention. Am dritten Tage erhielt das Kind 5 ccm Afenil in die Schläfenvene; zwei Stunden später setzte eine mächtige Harnentleerung ein, seitdem urinierte das Kind wieder in normalen Pausen. Nach der Injektion verschwanden auch die bis dahin bestehenden Karpopedalspasmen. -n.

Dr. **W. Mobitz** (Magdeburg): **Ueber die Behandlung gonorrhoischer Gelenkerkrankungen mit Vuzin.** (Münchn. med. Wochenschrift 1920, Nr. 29.)

Verfasser hatte Gelegenheit, in 10 Fällen von gonorrhoischer Entzündung des Kniegelenks resp. Schultergelenks mit günstigem Erfolg die Punktion des Gelenks mit anschließender Spülung und Injektion einer Vuzinlösung (1:5000) anzuwenden. Zunächst wird das erkrankte Gelenk 8—14 Tage mit Stauung und Extension behandelt. Tritt auf diese Behandlung keine Besserung ein, dann wird in der angegebenen Weise vorgegangen. Die von Verfasser mitgeteilten Krankengeschichten beweisen die Brauchbarkeit des Verfahrens. L.

Hautkrankheiten.

Dr. **Thedering** (Oldenburg): **Ueber Röntgenbehandlung des Hautkrebses.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 39).

Wenn sich ein Hautkarzinom mit sicherer Aussicht auf Dauerheilung operativ entfernen läßt, dann ist unter allen Umständen der Chirurgie vor der Röntgenbestrahlung der Vorzug zu geben. Eine Ausnahme bilden die Fälle, deren chirurgische Entfernung ohne entstellende Verstümmelung nicht möglich ist. Das Ulcus rodens ist ebenfalls durch Röntgenstrahlen leichter zu behandeln als chirurgisch. Wichtig ist bei der Röntgenbehandlung des Hautkrebses die richtige Bestrahlungstechnik. Unser Ziel muß sein, den Hautkrebs möglichst in einer Sitzung mit e i n e r Höchstdosis abzutöten. Teildosen sind sehr gefährlich, da sie durch Reizung den Krebs zur Wucherung bringen können. Erlaubt sind daher nur harte, durch 3—4 mm Aluminium gefilterte Strahlen. Die Dosis muß mindestens 40 X betragen, besser 50—60 X. Besonders wichtig ist, daß man zuerst stets die regionären Lymphdrüsen und dann erst den Krebs selbst bestrahlt, da man nur durch diesen Ring von starkem Röntgensperrfeuer eine Wucherung der Krebszellen, ein Einbrechen in die nächsten Lymphdrüsen und schnellen Tod vermeidet. Die Kenntnis dieser Tatsache ist außerordentlich wichtig. Hh.

Pharmakologie und Toxikologie.

Dr. **Toshinobu Ohira** (Utrecht): **Ueber die bakterizide Wirkung des Urotropins.** (Centralbl. f. Bakteriolog., Band 85, Heft 1.)

Verf. hat aus 5 Versuchen die Schlüsse gezogen, daß das Urotropin selbst keine besondere bakterizide oder entwicklungshemmende Wirkung für Bakterien hat, und daß bei der ammoniakalischen Harngährung das Wachstum der Bakterien durch die Alkalität des Mediums geschädigt wird. rs.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Balneologische Gesellschaft.

Hr. **Hoffmann** (Warmbrunn): **Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei Erkrankungen des Bewegungsapparates.** Ist im Original in Nr. 48 und 49 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Laqueur** (Berlin): **Zur physikalischen Behandlung der Kriegsverletzungen des Bewegungsapparates.** Ist im Original in Nr. 49 dieser Zeitschrift erschienen.

Hr. **Fürstenberg** (Berlin): **Die rheumatische Myalgie der Schulter und ihre Behandlung.** Erscheint im Original in vorliegender Nummer.

Aussprache
(zu den Referaten Hoffmann und den Vorträgen Laqueur und Fürstenberg):

Hr. Strasser (Wien): Bei der Ausführlichkeit des Referates will ich nur besondere Formen rheumatischer oder rheumatoider Erkrankungen erwähnen, nämlich die Purpura- und Peliosisfälle, die ich entgegen der üblichen Auffassung als fallweise sehr ernste Erkrankungen, nämlich Streptomykosen, ansehe. Sie sollen auch sicher so behandelt werden, wie eben schwere Infektionskrankheiten. — Häufiger und für die Folge sehr ernst waren die gonorrhoischen Erkrankungen, deren Behandlung mit thermischen und mechanischen Methoden sehr dankenswerte Resultate liefert. —

Die von Hrn. Fuerstenburg erwähnte Affektion der Schulter ist die sog. Periarthritis humeroscapularis, die auch darum wichtig ist, weil relativ häufig Atrophie auftritt und ein Befallenwerden des trophischen Nervenapparates anzeigt.

Die Erkältungsschäden sind sicher für ermüdete Organe (Muskeln) gefährlicher. Aehnliches zeigt sich auch z. T. am Kehlkopf (an den Stimmbändern). Eine Heiserkeit tritt unter Erkältung leichter ein, wenn durch Sprechen oder Singen eine molekulare Ermüdung statt hatte.

Hr. Siebelt (Flinsberg): In der Nachbehandlung von Kriegsverletzungen mit Moorumschlägen habe ich beobachtet, daß Ankylosen nur wenig beeinflußt wurden, was Beweglichkeit anlangt; die Schmerzen dagegen schwanden häufig. Glänzende Erfolge sahen wir in Flinsberg in der Nachbehandlung von Nervennähten. Es machte geradezu den Eindruck, als ob die feuchte, langdauernde Wärmeeinwirkung die Rückkehr der Tätigkeit des verletzten Nerven beschleunigte. Den gleichen Erfolg sahen wir bei Plastiken oft ungeheurer Ausdehnung. Ich möchte da z. B. an einen Fall von Muskelplastik denken, bei welchem der fortgerissene rechte Biceps aus dem Serratus der gleichen Seite ergänzt war. Mit atrophischem, steifem Arm kam der Mann an, und nach 10 Wochen konnte er mit frei beweglicher Extremität entlassen werden. Die Leute entstammten zum größten Teile dem Reservelazarett I Dresden und sind deutliche Beispiele für die Leistungsfähigkeit der Bäderheilmittel.

Hr. Reckmann (Oeynhausen): Man soll möglichst frühzeitig und ausgiebig Gebrauch machen von mechanischer Behandlung bei Versteifungen von Gelenken unter Berücksichtigung allerdings der sich einstellenden Entzündungserscheinungen. Die wichtigsten Apparate sollen möglichst einfach und leicht zu beschaffen sein. Bei Behandlung der Raynaud'schen Erkrankung mit warmen (Sol)bädern habe ich einen Erfolg nicht gesehen.

Hr. Hoffmann (Warmbrunn) [Schlußwort]: Ich konstatiere die erfreuliche Uebereinstimmung der Ansichten über Behandlung von Narben und Gelenkversteifungen der Kriegsbeschädigten hauptsächlich durch Anwendung feuchter Wärme in jeder Form. Die Lockerung festgestellter Gelenke erfolgt in bester Weise in Bassinbädern, in denen die Extremitäten infolge der Verminderung der Schwerkraft durch die Tragkraft des Wassers viel leichter bewegt werden können, als in der Luft. Die arbeitenden Körperteile werden von toxischen Stoffen stärker befallen, wie ruhende, weil die Körperzellen in einen Lockerungszustand versetzt werden und von toxischen Stoffen mehr in sich aufnehmen, wobei ihr erhöhtes Bestreben, sich durch vermehrte Aufnahme von Nahrungsstoffen aus dem Blute ins Gleichgewicht zu bringen, wesentlich in Betracht kommt.

Hr. Laqueur (Berlin) [Schlußwort]: Der Erfolg der Dampfduschenbehandlung in dem mitgeteilten Falle von Raynaud'scher Krankheit bezog sich nicht nur auf die Wundheilung, sondern auch auf die Verminderung der Disposition zu Rezidiven. Die Prognose der Arthritis gonorrhoica wird durch rechtzeitige physikalische Behandlung verbessert.

Hr. Fürstenberg (Berlin) [Schlußwort]: Bei der Arthritis gonorrhoica kann gar nicht frühzeitig genug mit der Bewegung des Gelenks begonnen werden. Im Gipsverband etc. lassen natürlich sofort die Schmerzen nach. Wird der Verband dann nach längerer Zeit weggenommen, so ist die Ankylose da. Dann läßt sich nur noch wenig erreichen. Hier spielt die richtige Dosierung der Bewegung wie die richtige Dosierung der physikalischen Reize überhaupt die größte Rolle.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Pädiatrische Sektion.

Eigenber. d. Allg. med. Ztr.-Zeitg.
Sitzung vom 22. XI. 20.
Vorsitz: Herr Finkelstein.

Vor der Tagesordnung:

Lues congenita des Zentralnervensystems.

Herr **W. Alexander:** Der 12 jährige Knabe ist seit der Kindheit rechtsseitig gelähmt; dazu kommen rechtsseitige Fazialis-Parese, Schwachsinn, spastische Kontrakturen am rechten Arm und Bein. Der Grund ist ein in der Jugend erworbener enzephalitischer Herd. Rhagaden an der Schleimhaut der Unterlippe bis in die Haut sprechen für Lues. W. R. im Liquor positiv. Die Pupillen sind ungleich, entrundet und träge bei Lichteinfall und Akkommodation. Beiderseitige temporale Optikus-Atrophie, die vielleicht auf einen gewissen Hydrocephalus zurückzuführen ist. Achillessehnenreflexe fehlen beiderseits. Der linke Kniereflex ist schwach, der rechte lebhaft. Keine Ataxie. Keine Sensibilitätsstörung.

Poliomyelitis bulbi.

Herr **W. Alexander:** Das 1¼ jährige Kind erkrankte plötzlich mit 40,8°; war vom 3. Tage ab dauernd normal; seit dem 2. Tage datiert eine Fazialislähmung, die dauernd ist und alle 3 Aeste umfaßt. Die Lähmung ist peripher und zeigt Entartungsreaktion. Vermutlich ist sie eine Teilerscheinung der Poliomyelitis anterior acuta (fälschlich spinale Kinderlähmung genannt); die Extremitäten brauchen nicht beteiligt zu sein, sie ist bulbär oder pontiv; denn es gibt eine enzephalitische Form der Kinderlähmung; es ist auch eine Ueberimpfung auf Affen gelungen, bei der sogar isolierte Fazialis-Lähmung vorkam. Solche Fälle haben auch epidemiologische Bedeutung; sie kommen in Seuchenzeiten vor.

Aussprache:

Herr **Finkelstein** bestätigt das Bestehen einer größeren Epidemie in Groß-Berlin. Er sah 1½ Dutzend Fälle. Neben der Poliomyelitis gibt es jetzt auch epidemische Genickstarre.

Tagesordnung:

Zur Frage des Stridor thymicus.

Herr **Finkelstein:** Stridor thymicus soll auf einer Behinderung der Atmung durch den Druck der vergrößerten Thymusdrüse beruhen. Es sind Fälle bekannt, die durch die Beseitigung der Thymus durch Operation oder Bestrahlung von ihren Beschwerden befreit wurden. Nun schien Vortr. die Tracheostenosis thymica selten in Berlin zu sein. Aber in Frankfurt a. M., besonders durch Klose, sind ganze Reihen von Fällen mitgeteilt. Klose verfügt über 86 Fälle im Jahre 1913. Vortr. sah in über 25 Jahren nie einen Fall. Oft erwies sich die Diagnose als falsch. Denn es gibt Verwechslungen. Es sollen Stridor, Dämpfung und Röntgenschatten zu beiden Seiten des Manubr. sterni vorliegen; der Stridor muß kongenital sein. Beginnt die Stenose erst in den späteren Monaten, so ist Mißtrauen am Platze. Meist handelt es sich um Stridor inspiratorius neonatorum mit dem Tone des Gluckens einer Henne oder des Laryngospasmus. Er ist harmlos. Seltener ist das inspiratorische Geräusch rauh, rasselnd, schnarchend; zuweilen gibt es eine leichte Zyanose; selbst ängstliche Zustände kommen vor. Die Trachea soll durch die Thymus innerhalb der Brusthöhle komprimiert werden. Tiefsitzende Stenose bedingt aber in- und expiratorisches Geräusch.

Palpation des Zungengrundes und des Kehlkopfes ist nicht zu unterlassen. Ein Finger kommt in den Schlund, der Daumen außen in die Gegend des Zungenbeins als Widerlager. Autoskopisch sind Zungengrund, Aryknorpel und Epiglottis zu erfassen. Dazu kommt die Kiliansche Schwebe-Laryngoskopie. Als Ursachen des schweren angeborenen Stridors fanden sich dabei Anomalien des Zungengrundes, Zysten an der Wurzel der Epiglottis, die den Kehldeckel niederdrücken. Dann auch umfaßte der Körper des Zungenbeins direkt unter der Epiglottis den Kehlkopf enger; die Zunge war massig, ähnlich wie bei starker Mikrognathie des Unterkiefers; auch im Kehlkopf gibt es Zysten, Luftsäcke, Papillome oder auffällige Schlaffheit der Muskulatur des Rachens und des Körpers. Einmal ergab die Sektion Weichheit des Kehlkopfes, ein anderes Mal Sklerose des Gehirns und Rückenmarks.

Kein Fall hatte mit der Thymus zu tun.

Angeborene Fälle von Stridor expiratorius sind sehr selten. Ursachen sind angeborene mechanische Hindernisse: mediastinale Zysten; einmal gab es eine Verwechslung mit einer Oesophago-Trachealfistel, die die Sektion klarlegte. Erworbene Fälle sind häufiger: Bronchialdrüsentuberkulose und markige Lymphome geben ebenfalls Stridor, Dämpfung und Röntgenschatten. Mediastinaltumoren, Senkungsabszesse, chronische Pneumonie, pleuritische Schrumpfungen, Asthma, Tetanie und Herzfehler geben den Anlaß. Auch bei älteren Fällen sah er nie Thymus-Hyperplasie. Sternal-Dämpfung findet sich häufig bei allen Arten von Stridor. Ist infolge der Stenose die Lunge nicht genug mit Luft gefüllt, so bleibt das Mittelfeld in größerer Breite frei, oder starke Füllung der großen Venen läßt Schatten entstehen.

Die Erfolge der Operation oder der Röntgenbehandlung sind kein zwingender Beweis; auch andere raumverengende Gebilde werden dadurch beeinflußt. Auch ist ein Zusammenhang zwischen Behandlung und Heilung nicht immer gegeben. (Schluß folgt.)

IV. Bücherschau.

Die neue Gesundheitspflege. Von Ministerialdirektor Prof. Dr. **A. Gottstein** (Berlin). — 1920, Berlin, Verlag Karl Siegismund. — 176 Seiten. Preis brosch. 8,— M., geb. 10,— M.

In der vom Verlage herausgegebenen äußerst dankenswerten Sammlung gemeinverständlicher Schriften beansprucht

die vorliegende Abhandlung ein besonderes Interesse. Der Wiederaufbau unseres so tief erschütterten Vaterlandes erfordert zwingend eine weitgehende Förderung und Hebung der Volksgesundheit, und es müssen alle Kreise auf den Plan gerufen werden, um an dieser gewaltigen und hohen Aufgabe mitzuwirken — jeder an seinem Platze. Wenn die neue Gesundheitspflege in gemeinverständlicher Weise von dem Manne behandelt wird, der an der Spitze unserer Medizinalverwaltung steht und der von Amts wegen in dieser Frage das entscheidende Wort zu sprechen hat, dann liegt für jeden Staatsbürger ein besonderes Interesse an dem Studium des vorliegenden Buches vor als dem Programm der maßgebenden Stelle im Lande. Verf. hat sich aus der allgemeinen ärztlichen Praxis heraus der privaten und öffentlichen Gesundheitspflege zugewandt und in seiner Stellung als Stadtmedizinalrat von Charlottenburg so mustergültig gewirkt, daß man bekanntlich seinerzeit seine Berufung an die Spitze der Medizinalverwaltung Preußens allgemein mit Freude begrüßt hat. Der enge Zusammenhang mit langer praktischer Tätigkeit in der öffentlichen Gesundheitspflege zeigt sich in der ganzen Schrift, in der die soziale und politische Bedeutung der Medizin treffend gekennzeichnet wird. Die Entwicklung des Gesundheitswesens ist kritisch und geradezu klassisch zur Darstellung gebracht worden. Für die Zukunft gibt Verf. höchst interessante Ausblicke; vor allem erfahren wir, welche Reformen im öffentlichen Gesundheitswesen ihm notwendig erscheinen.

Mit Rücksicht auf die starken Fäden, welche die Gesundheitspolitik mit der allgemeinen Politik verknüpfen, sollte das Buch von jedem Bürger eingehend studiert werden. Den Arzt interessiert es außerdem deshalb besonders, weil die Aufgaben des Arztes in der Gesundheitspolitik der Zukunft eine eingehende Darstellung erfahren und seine persönlichen Standesinteressen, die mit der öffentlichen Gesundheitspflege naturgemäß hier und da kollidieren, scharf und durchaus wohlwollend abgegrenzt sind. Nach dieser Richtung hat Verf. gezeigt, daß ihm die Nöte des ärztlichen Standes durchaus nicht fremd geworden sind und daß er sich bemüht, auch über die Sorge für das Wohl der Allgemeinheit dem ärztlichen Stande möglichst gerecht zu werden. Hh.

Zur Behandlung der Ulcera cruris. Von Dr. **Erich Berghoff.** (Beiträge zur Heilkunde, Abteilung Chirurgie, Heft 1). Berlin, Emil Ebering, 1920. 80 S. 8,— M.

Der Titel der vorliegenden Abhandlung könnte den Eindruck erwecken, daß der Verfasser neue, eigene Beiträge zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre bringt. Das ist nicht der Fall. Es handelt sich vielmehr um eine rein kompilatorische Arbeit, in welcher vornehmlich auf Grund der Veröffentlichungen der letzten Jahre der gegenwärtige Stand der Therapie der Ulcera cruris geschildert wird. Die unblutigen und die operativen Methoden sind gleichmäßig berücksichtigt; jedoch sind letztere nicht immer so dargestellt, daß man danach ohne weiteres arbeiten könnte. Von den neueren Methoden hat Verfasser die Linser'schen Sublimatinjektionen in die varikös erkrankten Venen übersehen; im übrigen sind die Behandlungsmethoden der Ulcera cruris und des varikösen Symptomkomplexes ziemlich vollständig zur Darstellung gebracht. Eigene Erfahrungen werden nicht mitgeteilt. Daher kommt der Arbeit ein selbständiger wissenschaftlicher Wert nicht zu. L.

V. Technische Neuheiten.

Dr. **E. Glas** (Hamburg): **Weiteres über das Bauchspülrohr mit Abfluß.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 48.)

Verf. hat vor 1½ Jahren in Gemeinschaft mit Neupert (Charlottenburg) ein Bauchspülrohr mit Abfluß nach dem Prinzip des Bozeman-Fritsch-Katheters angegeben, das von der Firma B. Braun in Melsungen hergestellt wird. Seine Vorzüge sind gründliche Ausspülung der Bauchhöhle ohne größeren Rückstand von Spülflüssigkeit in ihr, Ablauf von Spülflüssigkeit in ihr, Ablauf der Spülflüssigkeit in einen Eimer, guter Zugang zur Spülung des kleinen Beckens, Vermeidung des Austupfens der Bauchhöhle, Kontrolle der Spülflüssigkeit und rasche Unterbrechungsmöglichkeit der Ausspülung. rs.

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Am 2. Dezember kamen hier die Vertreter der Hauptkrankenkassenverbände zusammen, um gegen die freie Arztwahl, welche durch das Abkommen vom 21. Juni d. J. zwischen den Krankenkassen und den Vertretern der Aerzte vereinbart wurde, Stellung zu nehmen. Die Versammlung wurde von dem Vorsitzenden des Verbandes Deutscher Ortskrankenkassen, Fräßdorf (Dresden), eröffnet; das eigentliche Referat über die Neuordnung des ärztlichen Dienstes erstattete Lehmann (Dresden). Es wurde eine Entschließung vorgelegt, die verlangte, daß die Vorzugsstellung der Aerzte (? Red.) beseitigt wird, daß die Kassen berechtigt seien, an Stelle der ärztlichen Behandlung eine Barleistung zu gewähren, sobald bei den Kassen die ärztliche Versorgung gefährdet ist. Ferner soll den Kassen die Errichtung von ärztlich geleiteten Ambulatorien erleichtert werden. Die Zulassung der Aerzte zur Kassentätigkeit soll nach dem Grundsatz der Bedarfsdeckung geregelt werden. Um ein gedeihliches Zusammenwirken zu sichern, sind Schiedsausschüsse bei den Versicherungsämtern, Schiedsämter bei den Oberversicherungsämtern und ein Zentral-Schiedsamt beim Reichsministerium zu errichten. Diese Entschließung wurde angenommen. — Hoffentlich gelingt es den deutschen Aerzten, die gegen die Lebensbedingungen des ärztlichen Standes gerichteten Bestrebungen der Krankenkassen zu vereiteln und die freie Arztwahl zur Durchführung zu bringen.

Madrid. Die Spanische Medizinische Gesellschaft hat beschlossen, die Regierung aufzufordern, die bisher durch Gegenseitigkeit gewährleistete Approbation der deutschen Aerzte in Spanien in Zukunft nicht zu gestatten, da durch die Ueberflutung Spaniens mit ausländischen, namentlich deutschen und österreichischen Aerzten, die Existenzbedingungen der einheimischen Aerzteschaft gefährdet seien.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Hamburg. Dr. Rohrer, Dr. Kadner und Dr. Fabian wurden zu Abteilungsleitern am zahnärztlichen Institut ernannt. Auf Antrag der medizinischen Fakultät wurden dem von Prof. Unna gegründeten und unterhaltenen wissenschaftlichen Laboratorium, dem sog. Dermatologicum, die Rechte eines Universitätsinstituts verliehen.

Freiburg i. B. Der nichtetatsmäßige a. o. Professor für Anatomie Dr. Wilhelm v. Möllendorf wurde mit dem Titel Prosektor als wissenschaftlicher Hilfsarbeiter planmäßig angestellt.

Heidelberg. Der nichtetatsmäßige a. o. Professor Dr. Kurt Elze (Anatomie) wurde mit dem Titel Prosektor als wissenschaftlicher Hilfsarbeiter planmäßig angestellt.

Wien. Prof. Dr. med. Hans Horst Meyer, Ordinarius der Pharmakologie an der hiesigen Universität, wurde von der Berliner Akademie der Wissenschaften zum korrespondierenden Mitglied in der physikalisch-mathematischen Klasse gewählt. — Im Alter von 89 Jahren starb hier der Arzt Dr. Samuel Federn, der durch eine Anzahl gedankenreicher Arbeiten zur inneren Medizin, besonders über Darmfunktionen und Blutdruck, sich bekannt gemacht hat.

Graz. Zum Ordinarius für allgemeine und experimentelle Pharmakologie an der hiesigen Hochschule wurde Dr. Hermann Pfeiffer, bisher ord. Professor in Innsbruck, ernannt.

Budapest. Der bekannte Ophthalmologe Prof. Dr. A. v. Szily starb im 73. Lebensjahre.

Verschiedenes.

Stuttgart. Hier wurde vor kurzem ein Röntgenforschungslaboratorium begründet. Um die zum Betrieb erforderlichen Mittel aufzubringen, wurde durch die Robert Bosch-Kriegsstiftung in Stuttgart mit Unterstützung der hiesigen Stadtverwaltung, der Technischen Hochschule sowie der Tübinger medizinischen Fakultät eine Stiftung für Röntgentechnik errichtet. Die Deutsche Röntgengesellschaft hat einen Beitrag bewilligt, die Röntgenindustrie solchen in Aussicht gestellt.

Berlin. Nach einem dem Reichstag zugegangenen Gesetzentwurf soll in Zukunft jedes Fieberthermometer amtlich geprüft und, wenn es im Inland in den Verkehr gebracht werden soll, durch amtlichen Stempel als den Prüfungsbedingungen genügend beglaubigt werden. Beides geschieht durch die Physikalisch-technische Reichsanstalt oder die dafür eingerichteten Stellen in den Einzelstaaten. Die Physikalisch-technische Reichsanstalt beglaubigt die für die amtliche Prüfung benutzten Normalinstrumente.

Der **Landesausschuß für hygienische Lehrmittel** wiederholt seine Bitte an alle, die im Besitz hygienischer Lehrmittel (Lichtbilder, Literatur, Wandtafeln, Filmen) sind, Mitteilung hierüber an seine Geschäftsstelle (Kaiserin Friedrich-Haus), Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4) zu senden, damit der in Vorbereitung befindliche Katalog ein möglichst vollständiger wird. Die Aufnahme erfolgt unentgeltlich.

Bäderwesen.

Besitzwechsel bekannter Sanatorien. Es dürfte weitere Aerztekreise interessieren, daß zwei der bekanntesten deutschen Sanatorien ihre Besitzer gewechselt haben. Das Sanatorium von Dr. Fülles in Bad Liebenstein ist in den Besitz von Dr. F. Eichler und Dr. Max Seige übergegangen, die bisher Mitinhaber des Dr. Wiggerschen Sanatoriums in Partenkirchen waren. Ferner ist das Sanatorium von Dr. Wigger in Partenkirchen in den Besitz von Dr. W. von Kaufmann übergegangen, der die Oberleitung des gesamten Betriebes übernimmt.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang · Berlin, 18. Dezember 1920 · No. 51

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen
Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

89. Jahrgang Berlin, 18. Dezember 1920 No. 51

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei funktionellen Nervenerkrankungen.*)

Von San.-Rat Dr. **K. Bieling** (Friedrichroda).

Das gewaltige Völkerringen, das wir in diesem ungeheuerlichsten aller Kriege staunend miterlebt haben, hat uns Aerzte vor eine Reihe von schwierigen Problemen gestellt. Man kann wohl sagen, daß gerade wir Neurologen in besonderem Maße daran teilgenommen haben. Sind doch unter der Einwirkung der Verhältnisse der Kriegsführung Anforderungen an das Nervensystem gestellt worden, die vordem kaum ein Mensch für möglich gehalten hätte, und hat sich vor unseren Augen ein Massenexperiment allergrößten Stils abgespielt, das wissenschaftlicher Erforschung und Erörterung eine besondere Fülle von Material bot, in teilweise eigenartigen Formen und eigenartigem Verlauf.

Das ist vor allen Dingen der Fall gewesen bei den sogenannten funktionellen Nervenleiden. Wie Sie wissen, verstehen wir darunter Symptom-Komplexe teils psychischer, teils körperlicher Art, für die wir mit unseren heutigen Untersuchungsmethoden keine nachweisbaren organischen Ursachen feststellen können; ein Moment, das uns ja in vielen Fällen geradezu als differential-diagnostisches Merkmal dienen muß. Allerdings müssen wir hierbei voraussetzen, daß irgendwelche Veränderungen materieller Art, Zustandsänderungen, auch die Grundursache für die im Verlauf auftretenden körperlichen Erscheinungen abgeben, zu deren Feststellung nur unsere heutigen Untersuchungsmethoden noch nicht ausreichen.

Ich beschränke mich dabei auf die funktionellen Störungen im engeren Sinne, also die nervöse Erschöpfung, Neurasthenie, Hysterie und die so häufige Kombination der letzteren beiden.

Es ist nun während des Krieges gerade über die funktionellen Neurosen eine große neue Literatur entstanden, und ich würde den Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit überschreiten, wollte ich mich hierüber auch nur kurz referierend äußern. Ich muß daher auch meinerseits einen gewissen Subjektivismus walten lassen und mich im wesentlichen darauf beschränken, andeutungsweise die Anschauungen wiederzugeben, die ich aus eigener Erfahrung und aus der Literatur mir gebildet habe.

Lassen wir nun die behandelten Fälle vor dem geistigen Auge eine kurze Revue passieren, so kann ich mich nur der Ansicht Gaupps anschließen, dahingehend, daß im Kriege „die angeborene Anlage weit hinter die Kriegsschädlichkeiten an Bedeutung zurücktrete, daß also viele erkranken, die früher ganz gesund, in keiner Weise nervös oder psychopathisch belastet waren". Wiederholte oder auch einmalige Traumen körperlicher resp. seelischer Art (Trommelfeuer, fortgesezte Märsche und dergl.) führten entweder Erschöpfungs- und neurasthenische Zustände herbei oder schufen jene Krankheitsbereitschaft, die wir für die Entstehung von hysterischen Symptom-Komplexen infolge eines einmaligen Traumas als Voraussetzung annehmen müssen. Allerdings ergab sich auf der anderen Seite auch, daß der endogene Faktor, die prämorbide Persönlichkeit, für den Ausbruch einer eigentlichen schwereren Neurose von grundlegender Bedeutung war, insofern, als tatsächlich doch nur ein kleiner Teil der Kriegsteilnehmer wirklich erkrankt ist, während tausend und abertausende das Gleiche durchmachten, und so habe ich auch meinerseits den Eindruck gewonnen, daß bei den eigentlichen Neurotikern und den schweren Formen der Neurasthenie, die mit tiefgehenden seelischen Veränderungen und völligem Versagen der körperlichen und geistigen Spannkraft einhergingen, bei denen schwere depressive Veränderungen auftraten und die oft monatelang zu ihrer Heilung brauchten, es sich „um labile Psychopathen oder Psychoasthenıker, um pathologische Reaktion auf akute oder chronische Gemütsbewegungen handelt". Allen diesen gegenüber stehen die kerngesunden Vollnaturen, die selbst am Schluß des Krieges noch unberührt von nervösen Schädigungen waren und Nonnes Ausspruch rechtfertigten, daß der Krieg uns erst gelehrt habe, „welche ungeahnten physischen und psychischen, akuten und Dauer-Traumen der Mensch aushalten kann, ohne an Neurose zu erkranken".

Endogene Krankheitsbereitschaft und exogene Krankheitsursache ergaben zusammen in ihrem Wechselverhältnis das Krankheitsbild der Neurose, und was letztere selbst anbelangt, so ergaben sich teils direkte, teils indirekte Zusammenhänge mit dem Krieg. In erster Linie waren es schwere erschöpfende und aufreibende körperliche Anstrengungen, wie unerhörte Marschleistungen, Hunger und Durst, Durchnässung und Ueberhitzung, daneben geistige oder gemütliche Ueberbeanspruchung, wie Schreck, Angst, Enttäuschung, Aerger im Dienst, Arbeit in menschengefüllten, geräuschvollen Räumen, akustische Reize durch Detonationen, fortgesetzte Verantwortung und angespannteste Erwartung irgendwelcher katastrophaler Ereignisse. Toxische Schädigungen, wie Gasvergiftungen, Mißbrauch von Nervenreizmitteln und Beruhigungsmitteln, wie Tabak, Alkohol und Morphium, spielten ebenfalls hierbei eine große Rolle. Letzteres besonders da, wo es galt, Schmerzen zu beseitigen, die durch Verletzungen und fortgesetzte chirurgische Eingriffe hervorgerufen worden waren oder wo der Kranke zur momentanen Steigerung seiner Spannkraft zur Spritze gegriffen hat. Auch vorangegangene akute oder chronische Erkrankungen, Ruhr, Unterleibstyphus, Malaria und dergl., brachten in vielen Fällen indirekt und sekundär schwere Nervenstörungen hervor. Selbst der fortgesetzte Lazarettaufenthalt an sich mit dem körperlich und seelisch häufig ungünstig wirkenden Milieu, der Atmosphäre

*) Referat auf dem 36. Balneologen-Kongreß in Berlin.

von Krankheit, Siechtum und Tod, die Sorgen ferner um die zukünftige Existenz bei körperlich schwer geschädigten Kranken, um Frau und Kind, Haus, Hof und Geschäft, das Zusammenleben mit vielen anderen Kranken, das bewußt oder unbewußt gerade bei Neurasthenikern oder Hysterikern das Krankheitsgefühl steigert, neue Krankheitsvorstellungen schafft, die Stimmung herabdrückt und häufig die Gelegenheit zur Entwicklung von Begehrungsvorstellungen schafft, ist dazu angetan, neurotische Störungen zum Ausbruch zu bringen oder wenigstens durch Resonanzwirkung zu steigern.

Haben wir doch von allen Seiten berichten hören, daß der Ausbruch der Neurose häufig erst mit der Entfernung von der Front erfolgte und sie sich erst im Heimatslazarett recht ausbildete, und ist doch dieses Moment die Veranlassung gewesen, den Begriff der Neurose geradezu mit einem unangenehmen Odium zu umgeben, das der Träger selbst oft recht schmerzlich empfand und ihm gegenüber, dem auch nur leicht Verwundeten, in vielen Fällen geradezu einen Makel anheftete.

Ich glaube allerdings, daß hierbei allzuwenig beachtet worden ist, daß den Neurotiker mehr als jeden anderen Kranken der Arzt gesund macht, daß dieser aber notgedrungen in dem Betriebe des Reservelazaretts sich mit den organisch Kranken in erster Linie beschäftigte, während der Neurotiker häufig nicht die ihm gebührende Beachtung fand und vielfach ohne rechte Behandlung hindurchgeschleppt wurde. Der Neurotiker bedarf von vornherein der Untersuchung und Behandlung durch einen Facharzt, der für die Eigenart seines Leidens und seiner Persönlichkeit das richtige Verständnis hat und auch psychisch auf den Kranken in der richtigen Weise wirken kann.

Das fehlt aber — oft genug selbst bei bestem Wollen. Der Neurastheniker und Neurotiker wurden in der Fülle der organisch Kranken und Verwundeten bei Seite geschoben, manchesmal auch nicht als „krank" anerkannt und die vielzitierte „Kunst in der Krankheit" wurde dann bisweilen zum Kampf um die Anerkennung seiner Krankheit.

Wenden wir uns nun kurz zu einer Betrachtung der einzelnen Krankheitsbilder, so sahen wir zunächst, gewissermaßen die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit bildend, die einfachen Erschöpfungszustände, wie solche als Folge ungewohnter Anstrengungen, erschöpfender Krankheiten und seelischer Erschütterungen, auch im Frieden unsere Sanatorien füllen.

Das Krankheitsbild der Erschöpfung, wie es durch den Krieg zustande kam, hat uns eingehend Brugsch in einem 1915 in Berlin gehaltenen Vortrage geschildert. Er sieht die Ursache derselben mit Recht in einem Negativwerden der Bilanz: Umsatz, Ruhe. Durch dieses entsteht ein übermäßiges Sinken des Reflextonus des Nervensystems, insbesondere auch des vegetativen, und ein Versagen des Kreislaufes, der für die Eliminierung der Stoffwechselprodukte der Ermüdung zu sorgen hat. Hierdurch wurde eine Reihe von Funktionsstörungen auf geistigem, gemütlichem und körperlichem Gebiet geschaffen, die ihren Ausdruck gelegentlich auch in gewissen objektiv feststellbaren Folgezuständen finden. Erwähnt seien hierbei besonders die auch von Brugsch erwähnten leichten Herzdilatationen, die ich in vielen Fällen durch auskultatorische Perkussion und orthodiagraphische Aufnahmen feststellen konnte.

Fließend ist der Uebergang von diesen vielfach noch nicht als eigentliche Erkrankung zu bezeichnenden und bei geeignetem Verhalten schnell vorübergehenden Erschöpfungszuständen zur eigentlichen Neurasthenie, der reizbaren Schwäche des Nervensystems, besonders auftretend, wo zu einer endogenen Basis die genannten exogenen Ursachen hinzukommen. Auch bei der Neurasthenie fehlen uns schwere objektive Merkmale, die auf das Vorhandensein einer organischen Basis deuten. Trotzdem müssen wir auch hier annehmen, daß diese vorhanden sind in Gestalt etwa von elektrophysikalischen oder mikrochemischen Veränderungen, von einem Sinken der Energiespannung in dem Stromkreis unserer Nervenbahnen und Nervenzentren.

Analog der Tatsache, daß es sich um eine Schädigung des gesamten zentralen und peripheren Nervensystems unseres Körpers handelte, fanden sich hierbei Störungen häufig in sämtlichen Organsystemen unseres Körpers, angefangen bei den Funktionen unserer Hirnrinde, also den seelischen und geistigen Qualitäten, vom einfachen geistigen Versagen bis zur schweren Depression. Gelegentlich kam es dabei auf dem Boden der schweren Erschöpfungs-Neurasthenie selbst zu schnell vorübergehenden halluzinatorischen Störungen, deren Gegenstandslosigkeit sich der Kranke selbst völlig bewußt sein konnte, die aber doch auf sein Tun und Lassen im Augenblick einen entscheidenden Einfluß ausübte. Ich erinnere mich da eines sehr charakteristischen Falles: ein Offizier mit einem schwer neurotischen Zustand, frei von hysterischen Zügen, legt auf einen Franzosen an, den er im Vorgelände damit beschäftigt sieht, einen kleinen Baum umzuhacken. Im Augenblick, als er den Hahn abziehen will, verwandelt sich die Szenerie, er sieht an Stelle des Franzosen und des Schlachtfeldes seine Frau mit seinem Kinde auf dem Arm im heimischen Schlafzimmer stehen, und ist so wenig imstande, eine momentane Korrektur vorzunehmen, daß er das bereits in Anschlag gebrachte Gewehr sinken läßt.

Störungen des Vasomotorenapparates, der Magen- und Darmfunktionen, der Skelettmuskulatur, des Sexualapparates, der sekretorischen Tätigkeit fanden sich, was häufig auch objektiv sich feststellen ließ und nach außen in der Haltung und im Wesen, den schlaffen Gesichtszügen, der heruntergehenden Hämoglobinmenge, einer falschen Zusammensetzung des Magensaftes, Störungen der Darmentleerung, Schweißausbrüchen, Weißwerden oder Ausfallen der Haare und dergleichen mehr, sichtbar wurde. In manchen Fällen entstanden durch das Vorherrschen einseitiger Störungen der Tätigkeit eines einzelnen Organs, wie des Herzens, des Magen- und Darmkanals, Krankheitsbilder, die zunächst den Eindruck von Organerkrankungen machen konnten und die wir erst durch sorgfältige Analyse und Beobachtung als neurasthenisch bedingt erkannten. Wenngleich aus Zweckmäßigkeitsgründen derartige Formen ja häufig als Herzneurose, Magenneurose und dergl. bezeichnet werden, darf doch niemals vergessen werden, daß es sich um allgemeine Erkrankungen des Nervensystems handelt.

Wie im Frieden, ergab sich auch hier, daß derartige Kranke, selbstverständlich hierbei berücksichtigt, daß die häufig vorkommende Simulation und Aggravation auszuschließen ist, häufig stärkere subjektive Klagen vorbrachten und offenbar besonders auch seelisch mehr unter den Beschwerden litten, namentlich infolge der hypochondrischen Deutung, als das bei organisch Erkrankten der Fall ist. Und wie im Frieden ergab sich auch hier die Notwendigkeit, dem Kranken vorerst durch eine gründliche Untersuchung die Ueberzeugung zu schaffen, daß es sich bei ihm nicht um eine schwere, womöglich unheilbare Organerkrankung handelt, um das so nötige Vertrauen zum Arzte und zu seiner eigenen Heilbarkeit herzustellen. Auf der anderen Seite wieder galt es ebenso, etwa sich unter dem Bilde einer rein neurotischen Störung versteckende organische Veränderungen zu entlarven.

(Schluß folgt.)

Ueber Hypnosenbehandlung.

Von Sanitätsrat Dr. **Armin Steyerthal,**
leitendem Arzte der Wasserheilanstalt Kleinen in Mecklenb.

Als der Weltkrieg begann, wußten wir von der Hypnose nicht allzuviel. Die Aerzte, die sich ausschließlich damit beschäftigten, galten nicht immer für einwandsfrei, und über die erzielten Erfolge gingen die Ansichten himmelweit auseinander.

Das von der Hypnosen-Kommission der Berlin-Brandenburgischen Aerztekammer abgegebene Gutachten hatte das Schicksal der Methode entschieden.

Das alles änderte sich während des Krieges. Kurz nachdem der Vormarsch des deutschen Heeres zum Stillstand gekommen war und der Grabenkrieg mit seiner nervenzerrüttenden Kampfesart begann, tauchten in der Heimat die ersten Kriegsneurotiker auf: Zitterer, Schüttler, Stumme, Taube und Lahme. Daß es sich bei allen diesen verschiedenen Krankheitsbildern um rein funktionelle Erscheinungen handelte, war anzunehmen, aber das änderte nichts an ihrer Hartnäckigkeit. Genau wie früher die Symptome der „traumatischen Neurose" den Aerzten ungemein viel zu schaffen gemacht hatten, so erwiesen sich auch die Kriegsneurotiker als außerordentlich zähe. Was man anwandte, versagte vollständig, und es schien, daß hier ein ungeheures Heer von Rentenempfängern heranwuchs. Da empfahl Nonne-Hamburg die Hypnose zur Behandlung solcher Fälle.

Der Erfolg war glänzend. Nicht nur, daß die Symptome, mochten sie noch so augenfällig sein, meist schon in einer einzigen Sitzung verschwanden, nein, es gelang sogar ganz nach Belieben, sie zu irgendeiner Zeit wieder hervorzurufen.

Daß man auch mit anderen Verfahren, so z. B. mit den von Kaufmann empfohlenen starken elektrischen Strömen, ähnliches erreichen konnte, tat der Hypnose keinen Abbruch.

Als ich im Jahre 1916 aus dem Felde zurückkam, sah ich mich vor die Aufgabe gestellt, eine ganze Anzahl von Kriegsneurotikern zu behandeln. Draußen hatte ich nicht einen einzigen solchen Fall gesehen, und mit Hypnosenbehandlung hatte ich mich bisher nicht beschäftigt. Jetzt mußte ich im Reservelazarett Schwerin (Mecklenburg) eine Abteilung für Nervenkranke übernehmen, die ganz neue Anforderungen an meine ärztliche Wissenschaft stellte. Bisher hatte man alle Zitterer — zuweilen in großen Trupps — nach Eppendorf verschoben, jetzt sollte die Behandlung im eigenen Lazarett durchgeführt werden.

Auf Antrag meines damaligen Chefs, Oberstabsarzt Rennecke, wurde ich zur Erlernung der Hypnose auf die Nonne'sche Abteilung in Eppendorf kommandiert und hatte dort Gelegenheit, mich über alles, was ich brauchte, zu unterrichten.

Allerdings war unschwer einzusehen, daß es zur Erzielung eines sicheren Erfolges mehr bedurfte als der hypnotischen Beschwörung eines Zitterers. Vor allem galt es, dem Neurotiker die felsenfeste Ueberzeugung einzuflößen, daß er nun und nimmer wieder in den Bereich der platzenden Granaten, aus dem er sich sein Leiden geholt hatte, zurückzukehren brauchte. Dazu genügte die Ueberredungskunst des Arztes bei weitem nicht. Dazu mußte gewissermaßen eine hypnotische Atmosphäre geschaffen werden, gebildet aus den gleichmäßig beruhigenden Einflüssen der Schwestern, der Wärter und der zuvor behandelten Kameraden.

Kein Wunder, daß ich ohne große Hoffnungen nach Schwerin zurückkehrte, denn in meinem Lazarett fehlte ja so ziemlich alles, was einen hypnotischen Einfluß ausüben und damit einen Erfolg verbürgen konnte. Daß ich meinen eigenen Fähigkeiten nicht sehr vertraute, brauche ich wohl nicht besonders zu betonen.

Indessen, im militärischen Leben gibt es kein ängstliches Zaudern, und ich mußte mich zu tatkräftigem Handeln entschließen, obwohl mir das wesentlichste Erfordernis des echten Hypnotiseurs, nämlich das felsenfeste Selbstvertrauen, vollkommen mangelte.

Der erste Fall, der mir zur Behandlung vorgeführt wurde, war ein Zitterer, der sich auf der Abteilung durch Unzufriedenheit, Trägheit, Widersetzlichkeit und krankhafte Sucht zu übertriebenen Beschwerden sehr unangenehm bemerklich gemacht hatte. Ein vorzügliches Objekt also für einen Anfänger! Ich war mir über den zu erwartenden Mißerfolg keineswegs im unklaren, vor allem auch deshalb, weil es sich um einen Mann handelte, der nie an der Front gewesen war. Der Kernpunkt, worauf es — nach meiner damaligen Auffassung — ankam: der timor belli konnte hier gar nicht in Betracht kommen.

Ich ging ohne große Freude an mein schweres Werk, entfernte alle neugierigen Zuschauer und behielt nur eine Schwester, auf die ich mich fest verlassen konnte, im Zimmer. Mürrisch, mit höchst verdrossener Miene, bestieg mein Kriegsneurotiker den Operationstisch, und nicht ohne Ueberwindung begann ich den Zauberspruch, den ich in Eppendorf gelernt hatte, von dem beruhigenden Einfluß meiner magnetischen Hand, und wie es sonst weiter hieß. Da aber geschah etwas Unerwartetes. Das grimmige Gesicht meines wilden Kriegers wurde glatt wie das eines schlafenden Kindes, wie gebannt folgte sein starrer Blick meinen ausgespreizten Fingern, dann streckte sich der zitternde Körper lang aus und sank müde und schläfrig zurück. Da ich aus Eppendorf kam, so war ich natürlich manches gewohnt, aber dieser Erfolg war denn doch verblüffend. So etwas hatte ich nicht zu hoffen gewagt. Und mehr noch: Mein Versuchspatient begann nach kurzer Zeit zu schnarchen und schlief augenscheinlich den Schlaf der Gerechten.

Nach einigen Tagen wurde mir gemeldet, daß dieser bisher so unleidliche Querkopf seine Natur vollkommen geändert habe und nunmehr zu den folgsamsten Leuten der Station gehöre.

Seit diesem Erlebnis verstand ich mich auf die Hypnose. Bis zum 6. November 1918, also demjenigen Tage, an dem die Militärrevolte von Kiel auf Schwerin übersprang, habe ich fast hundert Fälle von Kriegsneurosen auf diese Art behandelt und fast ausnahmslos mit bestem Erfolge. Die wenigen Fälle, die sich als gänzlich refraktär erwiesen, können an dem Gesamtergebnis nichts ändern.

Indessen, m. H., ich bin nicht hierher gekommen, um Ihnen von meinen Kriegserfolgen zu berichten, ich möchte nur ein kurzes Wort darüber hinzufügen, was wir für unsere Friedenstätigkeit daraus entnehmen können.

Von dem Augenblick an, als der Soldatenrat auf dem Platze erschien, habe ich keinen Zitterer mehr zu sehen bekommen. Die hypnotische Kraft der Revolution hat mit dieser psychischen Seuche gründlich aufgeräumt. Was soll uns also die Kriegserfahrung für die Friedenpraxis nützen?

Nun, m. H., wo der timor belli fehlt, gibt es keine Kriegsneurosen, aber trotzdem finden sich Menschen genug, die der hypnotischen Behandlung nicht entraten können, und wir Aerzte begehen einen schweren Fehler, wenn wir, so wie bisher, die Hypnosenbehandlung als nicht standesgemäß ablehnen. Wir treiben dadurch eine ganze Schar von Kranken in die Netze der Kurpfuscher, und diese benutzen dann wieder ihre mehr oder minder glänzenden Erfolge, um damit gegen die sog. Schulmedizin zu Felde zu ziehen.

Ich darf Ihnen vielleicht eine kleine Erfahrung darüber mitteilen.

In den ersten Monaten der neuen Republik, als jeder so ungefähr tun und lassen konnte, was er wollte, tauchten die verschiedensten Hypnotiseure, deren gefährliches Treiben unter dem alten Regime durch Polizeiverbote eingeschränkt war, aus der Versenkung empor. Da ich mich für den Gegenstand interessierte, so habe ich eine Anzahl solcher Vorstellungen angesehen.

Bei der einen lautete Punkt eins des Programms: Vorstellung geheilter Kunstgrößen. Der Heilmagnetiseur führte nämlich Musiker, Sänger und andere Künstler vor, die infolge irgendeiner psychischen Hemmung unfähig gewesen waren, ihren Beruf auszuüben, und durch seine hypnotische Macht diese Fähigkeit wiedergewonnen hatten. Bei dieser Schaustellung schleuderte der Wundermann ungefähr folgenden Satz in die nach Tausenden zählende Schar seiner Zuhörer: „Meine verehrten Herrschaften, ich habe eine Dame geheilt, die jahrelang das eine Auge nicht öffnen konnte, und die deshalb von den berühmtesten Aerzten vergeblich behandelt war. In einer einzigen Sitzung war das Leiden verschwunden. Da nun ein Augenarzt meine Angaben bezweifelte, so lud ich den Herrn ein, mich in meiner Sprechstunde zu besuchen, und um ihn zu überzeugen, machte ich ihn für einige Minuten blind, d. h. ich beraubte den Herrn Doktor der Fähigkeit, die Augen zu öffnen, und außerdem schlug ich ihn ans Kreuz. So ließ ich ihn stehen" — dabei spreizte der Magnetiseur beide Arme seitwärts — „bis es mir gefiel, ihn zu erlösen!"

M. H., man mag über solche Geschichten denken, wie man will; daß es Menschen gibt, die hypnotisch zu beeinflussen sind und so beeinflußt werden müssen, unterliegt keinem Zweifel. Man muß sie nur herauszufinden wissen.

Ich habe seit nunmehr etwa zwei Jahren die Hypnosenbehandlung auch in meiner Anstalt regelmäßig durchgeführt. Allerdings lassen sich ununterbrochene Reihen von Heilungen nicht erzielen, aber der wohltätige Einfluß auf die Kranken ist nicht zu verkennen. Ich bedauere nur, daß ich, durch rein wissenschaftliche Betrachtungen veranlaßt, die Methode früher so gering geachtet habe.

M. H.! Der Zweck meines Vortrages war, Ihre Aufmerksamkeit auf die Hypnose zu lenken und Ihnen nahezulegen, diesem Verfahren Ihre Aufmerksamkeit zu widmen. Gewiß, es ist nicht jedermanns Sache, aber hinwiederum, der Hypnotiseur braucht nicht als solcher geboren zu sein. Man kann dies Handwerk so gut wie irgend ein anderes lernen. Im Kriege ist oft das Wort angeführt: Aus der Weltgeschichte lernen wir nur das eine: nämlich daß wir aus der Geschichte nichts lernen. Das paßt auch für die Historie der Medizin. Denken Sie an die Hydrotherapie, an die Luft- und Sonnenbehandlung, an das ganze Naturheilverfahren. Ueberall sind wir zuerst hohnlächelnd vorbeigegangen, und erst, als wir fest zufaßten, um den wissenschaftlichen Kern herauszuschälen, ist etwas Brauchbares daraus geworden, und der Laie hat gesehen, daß er ein Pfuscher ist. So wird es es hoffentlich auch mit der Hypnose werden.

II. Referate.

Innere Medizin.

Privatdozent Dr. **G. Ganter** (Greifswald): **Ueber die ätiologische Bedeutung der Lues für die Aortenklappeninsufficienz.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 32.)

Auf Grund seiner Beobachtungen an einer Beobachtungsstation für Herzkranke während des Krieges ist Verfasser bezüglich des Vorkommens und der Aetiologie der Aorteninsufficienz zu folgenden Ergebnissen gekommen. Die Aorteninsufficienz ist wahrscheinlich ein häufigerer Klappenfehler, als die Statistiken aus Kliniken und Krankenhäusern angeben. Die Lues kommt für die Aorteninsufficienz bis zum vierten Lebensjahrzehnt ätiologisch kaum in Frage. Im vierten Lebensjahrzehnt sind etwa ein Viertel der Fälle luetischen Ursprungs. Im fünften Lebensjahrzehnt ist die Lues als häufigste Ursache für die Aorteninsufficienz zu betrachten. Die Aorteninsufficienz scheint bei der männlichen Bevölkerung mit dem Alter an Häufigkeit zuzunehmen; die Zunahme ist vorwiegend durch das in späteren Jahren zu beobachtende Hinzutreten von luetischen Aorteninsufficienzen bedingt. L.

Dr. **Rudolf Cordua** (Rostock): **Ueber die Umwandlung des Morbus Basedowii in Myxoedem durch die Röntgenbestrahlung.** (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Mediz. u. Chirurg., Band 32, Heft 2.)

Verf. hat beobachtet, wie ein Fall von Morbus Basedowii durch Röntgenbestrahlung in ein Myxoedem umgewandelt wurde, also der Hyperthyreoidismus in Hypothyreoidismus übergegangen ist. Dieser Fall ist eine Mahnung, die Bestrahlung von Basedowstrumen unter strengster ärztlicher Kontrolle zu halten und die Dosierung sehr genau zu nehmen. Nach 2 bis 4 energischen Bestrahlungen soll man, falls der Patient das exspektative Verfahren verträgt, die Röntgenbehandlung 5 bis 6 Wochen unterbrechen, um den Erfolg zu beobachten und den etwaigen Eintritt eines Hypothyreoidismus rechtzeitig zu erkennen. Hh.

Dr. **Erich Hecht** (Berlin): **Zum Wesen des Diabetes insipidus.** (Ztschr. f. klin. Medizin, Band 90, Heft 1/2.)

Verf. konnte in einem sicheren Fall von Diabetes insipidus mit Dystrophia adiposo-genitalis feststellen, daß die relative Konzentrationsfähigkeit erhalten ist, daß die diuresehemmende Wirkung des Hypophysenextraktes nicht auf einer

primären Hemmung der Wasserabgabe aus den Geweben beruhen kann und daß die normale Blutkonzentration trotz erhöhter Stoffwechselbelastung fallen kann. An der Hand der aus der Literatur bekannten und eigenen Beobachtungen wird nachgewiesen, daß der mit Diabetes insipidus Behaftete Kochsalzzulage wie der Normale ausscheidet (teils durch Vermehrung der Harnmenge, teils durch Konzentrationserhöhung), daß die Fähigkeit der normalen Konzentrationssteigerung im Verhältnis zur Wasserausscheidung beim Diabetes insipidus unter geeigneten Bedingungen nachweisbar ist und daß das Auftreten von Uraemie beim Diabetes insipidus nicht als erwiesen gelten kann. Hh.

Chirurgie.

Dr. **H. Engel** (Berlin): **Ueber schwerere Deformitäten durch multiple Exostosen und Enchondrome bei Jugendlichen und ihre Behandlung.** (Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 43.)

Verf. hat in dem Universitätsinstitut für orthopädische Chirurgie in Berlin einige Fälle von Exostosen und Enchondromen beobachtet und behandelt. Er kommt auf Grund seiner hier gemachten Erfahrungen zu dem Schluß, daß man alle jugendlichen Exostotiker mit X-Beinen, Unterschenkelverbiegungen, Knick- und Plattfüßen und anderen Deformitäten sowie mit Belastungsbeschwerden an den unteren Extremitäten genau röntgenologisch untersuchen und mit den üblichen blutigen und unblutigen Maßnahmen behandeln muß. Große Exostosen, welche meist die Ausbildung eines X-Beins und der Fußdeformitäten fördern, müssen möglichst ausgiebig entfernt werden. Ebenso die Exostosen, welche durch Druck einen benachbarten Knochen deformieren und sein Längenwachstum stören. Auch wenn Exostosen auf die Nachbarnerven drücken, müssen sie entfernt werden. Bei Kindern können multiple Enchondrome die Gefahr einer Frakturierung der Knochen in sich bergen. Hh.

L. Moszkowicz (Wien): **Entwicklungsmöglichkeiten der Distraktionsbehandlung der Knochenbrüche.** (Med. Klin. 1920, Nr. 42.)

Die beste Methode in der Frakturbehandlung, allen Anforderungen gerecht zu werden, dürfte die Distraktionsbehandlung sein. Verf. schildert die Entwicklungsmöglichkeit dieser Methode. Bei der Anlegung des Verbandes müßte die erkrankte Extremität in eine Extensionsvorrichtung eingespannt sein. Dabei soll aber auch gleich auf die richtige Stellung der Teile zueinander geachtet werden. Die Polsterung des Verbandes erfordert eine große Uebung; durch ungleiche Polsterung soll der Druck an die Stellen dirigiert werden, welche ihn am besten ertragen können; dadurch muß er von den empfindlichen Stellen ferngehalten werden. Den Distraktionsklammern ist eine erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. Der Druck der Klammern muß sorgfältig kontrolliert werden; das kann durch Abschätzung nach dem Gefühl erfolgen, besser aber durch Messung mit der Federwage. Die Gelenkstellung muß so gewählt werden, daß die Muskelspannung nicht so hoch wird, daß an den Druckstellen Dekubitus erzeugt wird. Am besten eignet sich die Semiflexionsstellung. Die Distraktionsmethode läßt sich sehr gut durch das Röntgenverfahren kontrollieren. Verf. hat einen vorzüglichen Extensionsapparat angegeben und die Distraktionsklammern vereinfacht; beide sind in der Abhandlung gut abgebildet. Hh.

Dr. **Otto Loewe** (Frankfurt a. M.): **Ein haltbares und praktisches Lokalanästhetikum.** (Westdeutsche Aerztezeitung, 11. Jahrgang, Nr. 19.)

Verf. betont den Wert der Lokalnarkose mit Novokain-Suprarenin. Bisher gab es keine Methode, die Suprareninlösung konstant wasserhell zu erhalten. Solange sie wasserhell ist, ist sie absolut einwandfrei; wird sie rosafarben, dann ist sie noch brauchbar; wird sie aber bräunlich bis dunkelbraun, dann ist sie nicht mehr zu verwenden, da sie ihre anästhesierende Fähigkeit verliert und die Gefahr der Intoxikation groß wird. Als große Erleichterung des klinischen Betriebes ist anzusehen, daß R. Liesegang eine Novokain-Suprareninlösung in den Merz-Werken in Frankfurt a. M. herstellen ließ, welche in ihrer Unveränderlichkeit, Lichtbeständigkeit und Konstanz der Wirkung das Ideal einer Anästhesierungsflüssigkeit darstellt. Die Ampulle ist so konstruiert, daß man sie auf den Tisch stellen und den Inhalt bequem bis zum letzten Tropfen mit der Spritze entnehmen kann. Der Preis der Ampulle ist verhältnismäßig gering. rs.

Harn- und Geschlechtskrankheiten.

Prof. **G. Klemperer** (Berlin): **Gutartige Influenzanephrose.** (Therapie der Gegenwart, Juli 1920.)

Ebenso wie bei Scharlach kann auch bei Influenza der Glomerulusapparat der Nieren erkranken, wodurch das Krankheitsbild der akuten hämorrhagischen Nephritis hervorgerufen wird. Verfasser sah während der letzten Influenzaepidemie mehrere Fälle von akuter hämorrhagischer Nephritis nach typischer Influenza, außerdem eine große Zahl derartiger Nephritiden, bei welchen klinische Influenzazeichen fehlten, deren Blutserum jedoch Influenzaerreger deutlich agglutinierte, so daß Verf. sie auch zur Influenza rechnet. In einem dieser Fälle trat der Exitus ein, mehrere gingen in chronische Nephritis über. Deswegen ist die Prognose der Influenzanephritis im allgemeinen als dubia zu bezeichnen. Es kommen aber auch gutartige Nierenerkrankungen bei Influenza, sogenannte Nephrosen vor, bei denen der Glomerulusapparat nicht angegriffen, die Erkrankung im Parenchym lokalisiert ist. Verfasser hatte Gelegenheit, einen derartigen Fall bei einer 26jährigen Patientin zu beobachten, die an einer mittelschweren Influenza mit bronchopneumonischen Erscheinungen erkrankt war. Nach 20 Tagen wurde die Kranke geheilt mit eiweißfreiem Urin entlassen. In derartigen Fällen ist die Prognose im allgemeinen gut auf Grund der allgemeinen Erfahrung, daß rein nephrotische Prozesse nach akuten Infektionskrankheiten im allgemeinen gut verlaufen. Allerdings kommen auch Fälle vor, in denen die Nephrose sich bessert, während der Kranke der Schwere der Infektion oder einer Mischinfektion erliegt. Auch über einen derartigen Fall berichtet Verfasser. L.

Privatdozent Dr. **A. Stühmer** (Freiburg): **Erfahrungen mit Silbersalvarsan.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 29.)

Nach des Verfassers Erfahrungen ist Silbersalvarsan ein Mittel, welches für die Behandlung der frischen Syphilis einen unzweifelhaften Fortschritt bedeutet. Bei primärer Syphilis, d. h. mit noch negativer Wassermann-Reaktion, ist die gleichzeitige Anwendung von Hg. entbehrlich. Die Abortivheilung kann in solchen Fällen mit einiger Sicherheit erwartet werden. Ist die Generalisierung der Erkrankung eingetreten, so entfaltet das Mittel bei frühzeitiger Anwendung ebenfalls in den allermeisten Fällen eine sehr energische Wirkung. Die Wassermann-Reaktion wird in der Regel gegen Ende der Kur plötzlich negativ. Bei älteren sekundären Erkrankungsfällen sind serologische und klinische Rückfälle nicht selten, so daß hier eine Kombination mit Hg doch zweckmäßig erscheint. Von Nebenerscheinungen sind Temperatursteigerungen etwas häufiger als bei den anderen Salvarsanpräparaten. Arzneiexantheme und Fälle von Dermatitis kommen ebenfalls etwas häufiger vor. Sonstige Nebenerscheinungen ernster Art sind bei technisch richtiger Anwendung nicht zu befürchten. L.

Pharmakologie und Toxikologie.

Prof. Dr. **Jul. Pohl** Breslau): **Experimenteller Vergleich des Pavons mit Pantopon.** (Ther. Halbmonatsh. 1920, Nr. 19.)

Die Angabe, daß das von der Gesellschaft Ciba in Basel hergestellte Opiumpräparat Pavon in therapeutischen Dosen das Atemzentrum nicht beeinflußt und zweitens eine besonders energische Wirkung auf den Darm besitzen soll, veranlaßte Verf. zur Nachprüfung. Das Ergebnis derselben war, daß das Pavon genau wie alle übrigen Opiumpräparate atmungslähmend wirkt und daß es zur Wirkung auf den Darm das doppelte Volumen oder die doppelte Konzentration braucht als vom Pantopon. Gleiche Dosen bezogen auf Morphium wirkten im wesentlichen gleich stark. Hh.

Dr. **F. Lange** (Elberfeld): **Die Purpura haemorrhagica im Verlaufe von Fibrolysininjektionen.** (Med. Klin. 1920, Nr. 41.)

Verf. hat einen Fall von schwerer Purpura acuta haemorrhagica beobachtet, der im Verlaufe einer Kur mit Fibrolysininjektionen auftrat und mit größter Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen ist. Verf. steht auf dem Standpunkt, daß für die Entstehung einer Purpura haemorrhagica acuta eine lokale Läsion der Gefäßwand Vorbedindung ist. Diese Läsion der Gefäßwand erklärt auch das nachfolgende Austreten von Serum aus den Blutgefäßen und die dadurch bedingte Entstehung von Oedemen. Als Ursache der Läsion der Gefäße betrachtet Verf. eine Bindegewebsschädigung der kleinen Gefäße, für die er das Fibrolysin verantwortlich macht. Wenn Fibrolysin eine Lockerung des Bindegewebes hervorruft, warum sollte es da nicht auch das Bindegewebe der kleinen Blutgefäße stören? Für die Erklärung der Purpura ist diese Beobachtung von großer Wichtigkeit. Sie zeigt aber auch, daß es mit der Harmlosigkeit des Fibrolysins gelegentlich eine eigene Sache sein kann. Hh.

San.-Rat Dr. **H. Cramer** (Zehlendorf-Berlin): **Ueber Amalahwirkung.** (Med. Klin. 1920, Nr. 32.)

Die schon von P. Heymann empfohlenen Amalahpräparate haben sich auch dem Verf. als Expectorans sehr bewährt. Amalah hat folgende Zusammensetzung: Centaurea cerynthefolia 50%, Eryngium tricuspidatum 20%, Herba Polygalae 3%, Drosera rotundiflora 5%, Lichen islandicus 7%, Herba Absynthii 10%, Flores Chamomillae 5%. Die Firma Dr. Eder & Co. stellt Amalahtee, -extrakt und -tabletten, und für die Säuglings- und Kinderpraxis auch Amalahpulver her.

Verf. verwendete besonders das Extrakt, ferner den Tee, seltener die Tabletten, und zwar besonders bei den nach Ueberstehen des Grippefiebers zurückbleibenden langwierigen Katarrhen der Luftwege. Das Mittel wurde auch von Kindern ohne Widerstreben genommen. Bei allen Kranken wirkte es schleimlösend, hustenerleichternd und reizmildernd. In der Hälfte der Fälle wurde gleichzeitig der Appetit günstig beeinflußt. Unangenehme Nebenwirkungen sah Verf. in keinem Falle. —n.

A. Perutz u. **E. Taigner** (Wien): **Die Wirkung des Opiums und seiner Alkaloide auf den überlebenden Samenstrang.** (Wiener med. Wochenschrift 1920, Nr. 30/31.)

Die Opiumalkaloide, untersucht am überlebenden Samenstrang der Ratte, verhalten sich verschieden: Morphium, Codeïn, Thebain wirken erregend, Papaverin wirkt lähmend, Narkotin in kleinen Dosen erregend, in größeren lähmend. Narceïn in kleinen und großen Gaben erregend. Die gesamten Opiumalkaloide (Pantopon) wirken erst in größeren Dosen lähmend. Das Benzylspaltungsprodukt Meconin wirkt ebenfalls lähmend. Die lähmende Eigenschaft des Papaverins auf die glatte Muskulatur des Samenstranges läßt sich, wie klinische Versuche gezeigt haben, dazu verwerten, die Entstehung einer Epididymitis bei Urethritis posterior gonorrhoica zu verhüten. L.

Strahlenbehandlung.

Dr. **Robert Lenk** (Wien): **Die biologische Dosierung der Röntgenstrahlen („Haut-, Ca-, Sa-, Tbc-Dosis") nach Seitz und Wintz.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 44.)

Verf. hat durch Versuche festgestellt, daß man entsprechend empfindliche Tumoren, ohne sie direkt zu bestrahlen, durch die Streustrahlung allein völlig zum Schwinden bringen kann. Es bedeuten demnach diese Strahlen nicht nur eine wertvolle Vermehrung der Strahlenmenge innerhalb des im Strahlenkegel gelegenen Gewebes, sondern sie können auch außerhalb desselben eine Heilkraft entfalten. Auf diese Weise wird in derartigen Fällen das Wirkungsgebiet der Strahlen in sehr wertvoller Weise über die bestrahlte Zone hinaus erweitert. Seitz und Wintz haben sich bemüht, die Radiosensibilität zahlreicher normaler und pathologischer Gewebsarten zahlenmäßig festzustellen. Die von diesen Forschern angegebenen biologischen Dosen sind nur als Mittelwerte einer tatsächlich sehr großen Dosenbreite aufzufassen, deren praktische Bedeutung nicht überschätzt werden darf. Hh.

III. Verhandlungen ärztl. Gesellschaften.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 22. XI. 20 (Schluß).

Aussprache:

Herr **Landsberg:** Das schnelle Verschwinden der hyperplastischen Thymus wird auch von Franzosen bestätigt.

Die Bedeutung der Trockenmilch für die Ernährung der Säuglinge und Kinder.

Herr **Neuland** hat, da die deutschen Präparate von Trockenmilch entweder nur aus Magermilch bestanden oder leicht verdarben und ranzig wurden, mit Herrn Peiper ein New-Yorker Präparat „Klim" verwendet. Die Rohmilch gelangt in feinem Strahl auf einen langsam rotierenden 100° heißen Metall-Zylinder, verdampft in 5 Sekunden und läßt sich als breites Band abstreifen; sie wird abgehoben, durch ein Haarsieb getrieben, zu Pulver verarbeitet und luftdicht verpackt. Sie ist ohne Zusatz von Chemikalien haltbar. Denn die Trocknungsmaschine steht in der Farm am Orte der Milchgewinnung; so wird eine Zersetzung der Rohmilch vermieden. Das Präparat ist gelblich weiß, fettig und erinnert im Geschmack an gekochte Milch. Die Säuglinge nahmen es ebenso gern wie gewöhnliche Kuhmilch. Die chemische Analyse ergab normale Verhältnisse. Die Milch ist sehr keimarm; das Pulver ist leicht und völlig löslich. Es wurde zu Milchbrei, Halbmilch und anderer Säuglingsnahrung verarbeitet und gern genommen. Buttermilch ließ sich nicht daraus gewinnen, die Milch übersäuerte rasch, wohl aber Molke und Quark durch Verlabung; letzterer ist sehr fein. Nie ergaben sich Störungen durch den Milchwechsel, selbst nicht bei Säuglingen der ersten Lebenswochen.

Im Sommer, wo die Milch leicht verdirbt oder Mangel an guter Milch herrscht, kann man unbedenklich Kuhmilch durch Trockenmilch ersetzen; das ist für Säuglinge auf der Reise von Bedeutung. Die Nahrung nimmt wenig Platz im Gepäck fort. Bei Säuglingen, die bis zu 6 Monaten damit genährt wurden, waren die Ernährungsergebnisse dieselben wie mit gewöhnlicher Kuhmilch. Die Stühle waren oft hellgelb und körnig. Die Kinder mit Halbmilch zu ernähren, gelang nicht; es war ein Zusatz von Kohlehydraten nötig, am besten in Form der Czerny-Kleinschmidtschen Butter-Mehl-Nahrung; letztere ist dann in verdünnter Form zu reichen, da die Trockenmilch einen hohen Fettgehalt hat; ebenso ist Zwiemilch mit Hilfe von Trockenmilch von Wert; das ist beim Abstillen von Bedeutung. Bei älteren Säuglingen bewährte sich die Breiform; aber es muß immer ein Antiskorbutikum dazugesetzt werden. Denn noch 8 Tage nach Beginn der neuen Ernährung zeigten Barlow-Fälle keine Besserung; diese erfolgte sofort nach Zusatz von Zitronensaft; auch frischer Apfelsinensaft genügt, etwa 5 ccm pro die, ferner frisches Gemüse.

Auch die Rachitis ließ sich durch die Trockenmilch-Kost nicht verhüten; Aenderung der Ernährung und Quarzlichtbestrahlung waren nötig. Exsudative Diathese erfuhr keine Verschlimmerung, falls nicht gemästet wurde. Vorsicht ist bei manchen Formen von Anämie am Platze. Rekonvaleszenten von akuten Erkrankungen erlitten keine Schädigung. Mode.

Balneologische Gesellschaft.

Hr. **Bieling** (Friedrichroda): **Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei funktionellen Nervenerkrankungen.** Erscheint im Original in vorliegender und folgender Nummer.

Hr. **Steyerthal** (Kleinen i. M.): **Ueber Hypnosenbehandlung.** Erscheint im Original in vorliegender Nummer.

Aussprache

(zu dem Referat Bieling und dem Vortrag Steyerthal):

Hr. Strauss (Berlin): Aus den so anregenden Ausführungen des Referenten verdient besonders die Bemerkung Beachtung, daß für die Herstellung der Nervösen das Milieu, die „Atmosphäre" eine so große Bedeutung besitzt. Viele dieser Kranken kamen in den Lazaretten nicht vorwärts, bis die erfrischende und beruhigende, nicht bloß den Körper, sondern auch die Seele umstimmende Einwirkung des Waldes, der See, des Gebirges im Verein mit fachärztlicher Einwirkung auf die Psyche des Patienten den Weg für eine Genesung anbahnte. Dies gilt vor allem für Erschöpfungsneurosen, aber auch für andere Neurosen. Auch in Zukunft wird den Kurorten für solche Kriegsbeschädigte noch eine große Bedeutung beikommen, so sehr auch die Zahl der Neurotiker mit Kriegsschluß abgenommen hat.

Hr. **Krone** (Sooden-Werra) dankte dem Vorstand für die umsichtige und mühevolle Vorbereitung des Kongresses.

Hr. **Strauss** (Berlin): Für die anerkennenden Worte des Herrn Kollegen Krone danke ich zugleich auch im Namen des Vorstandes herzlichst. Ich darf den Dank aber zurückgeben, da nicht nur die Herren Referenten und Vortragenden, sondern alle Anwesenden zum Gelingen der Tagung so außerordentlich viel beigetragen haben. Verdient es doch besonderen Dank, daß die Herren Kollegen unter so unbequemen Verhältnissen die Reise hierher gemacht haben. Das Ergebnis der Verhandlungen ist ein besonders wertvolles gerade dadurch geworden, daß die Herren Balneologen diesmal so viel praktische Erfahrungen mitgeteilt haben. Ist doch die Therapie eine Kunst, für welche die Wissenschaft nur Richtlinien geben kann, für welche aber letzten Endes doch der Erfahrung das entscheidende Wort zukommt. Die diesmalige Tagung hat auch den großen Vorteil gehabt, daß sie demselben Ziel zustrebenden Organisationen einander nähergebracht hat. Unsere harte Zeit verträgt keine Zersplitterung der Kräfte, und so ist zu hoffen, daß die Gemeinsamkeit der Arbeit unsere Sache erheblich fördert und vorwärts bringt. Mit diesem Wunsche und in der Hoffnung, daß bei der nächsten Tagung die durch den Krieg geschlagenen Wunden noch weiter vernarbt sind, rufe ich Ihnen von Herzen zu: Auf frohes Wiedersehen!

Schluß der Tagung: Sonnabend, den 13. März, 12 Uhr.

IV. Bücherschau.

Physikalische Therapie innerer Krankheiten. Von Dr. **van Oordt,** leit. Arzt des Sanatoriums Bühler Höhe. Erster Band: **Die Behandlung innerer Krankheiten durch Klima, spektrale Strahlung und Freiluft (Meteorotherapie).** — 1920, Verlag Julius Springer in Berlin. — 568 Seiten, 98 Textabbildungen, Karten, Tabellen, Kurven und zwei Tafeln. — Preis 48.— M.

Das großzügig angelegte Werk „Physikalische Therapie innerer Krankheiten" von van Oordt (Bühler Höhe) innerhalb des Rahmens einer Enzyklopädie der klinischen Medizin bringt in seinem ersten Bande die Behandlung innerer Krankheiten durch die verschiedenen Zweige der meteorischen Einflüsse, Klima, spektrale Strahlung und Freiluft. Bisher ist die Bedeutung der meteorologischen Faktoren für die Heilkunde noch niemals so eingehend bearbeitet worden, wie in dem vorliegenden vorzüglichen Werk, wie denn überhaupt auf diesem Gebiet nur Gemeinplatzworte, Lobpreisungen des südlichen Klimas, der Höhensonne, der Luft- und Sonnenbäder, in der Medizin mehr zu Hause waren als die wissenschaftliche Erforschung und Bearbeitung. Erst die Schwierigkeit der Reisen in die klimatischen Kurorte des Auslands für uns Deutsche und das daraus entstehende Verlangen, nach einem Ersatz für die bekannten Klimakurorte des Auslandes zu suchen, dürfte für die Zukunft wohl das Interesse an all diesen Fragen erheblich steigern. Sicherlich wird dieses vom volkswirtschaftlichen Standpunkt durchaus anerkennenswerte Bestreben durch das van Oordt'sche Buch eine wesentliche Erleichterung erfahren, da es die Grundzüge der Heilklimaforschung und die Forderungen, die an klimatische Kuren und Kurorte gestellt werden müssen, dem Allgemeinverständnis näherbringen dürfte.

In dem Buch von van Oordt sind in der Tat alle Gebiete der Meteorotherapie sorgfältig durchdacht und kritisch bearbeitet worden. Die gesamte Literatur ist mühselig zusammengesucht — nicht etwa kompilatorisch zusammengetragen, sondern gründlich und mit seltenem Verständnis für die Materie durchgearbeitet worden. Was im Gegensatz zu sonstigen Arbeiten auf diesem und ähnlichem Gebiet besonders angenehm auffällt, ist die absolut objektive und streng wissenschaftliche Art der Beurteilung der einzelnen klimatischen Kurorte und Gegenden. Die zahlreichen Kurven und Tabellen legen beredtes Zeugnis von dem großen Fleiß des Verf. und seiner strengen Kritik ab, zeigen aber, daß nicht nur in entlegenen Ländern, sondern auch bei uns die heilklimatischen und meteorologischen Aufzeichnungen noch nicht genügend erfolgt und gewürdigt sind. Auf diesem Gebiet sind sicherlich weitgehende Verbesserungen und Fortschritte zu wünschen, wie sie jetzt auch von der Balneologischen Gesellschaft angeregt und in die Wege geleitet sind. Aus den drei Gebieten der Meteorotherapie umfaßt das Klima den weitaus größten Teil, wie es ja auch bisher die größte Bearbeitung erfahren hat. Die Therapie mit der spektralen Strahlung befindet sich in den allerersten Anfängen und gibt mehr Ausblicke und Hinweise als abgeschlossene für ein Lehrbuch geeignete Urteile. Dasselbe gilt auch von der Freiluftbehandlung, von der die Zukunft auch mancherlei Gutes erwarten darf.

Der Arzt wird gut daran tun, die Meteorotherapie mehr als bisher in den Dienst seiner Kranken zu stellen und Empfehlungen von Reisen in klimatische Kurorte weniger dem Geschmack und der Laune des Patienten oder der Mode anzupassen, als den wissenschaftlich geklärten Tatsachen. Aus diesem praktischen Gesichtspunkt heraus ist das Studium des vorliegenden Buches nicht nur dem Balneologen und Klimatologen, sondern jedem Arzt, der Patienten in Kurorte sendet, zu empfehlen. Der erste Teil des ersten Bandes der Enzyklopädie ist so gut, daß wir den folgenden Bänden mit Spannung entgegensehen. Wenn sie sich dem ersten vorliegenden Werk würdig anreihen, dann haben wir allen Grund, den Herausgebern und dem Verlage aufrichtig zu danken, daß sie unsere Wissenschaft um ein solches Standwerk bereichern. Hirsch.

Chronischer Darmkatarrh, Darmschmarotzer, ihre Ursachen, Wesen und Bekämpfung, gemeinverständlich dargestellt, von Dr. med. **A. Sopp.** Facharzt für Magen-, Darm- und Zuckerkranke in Frankfurt a. M. Leipzig, Verlag von Curt Kabitzsch, 1920. 65 S. 7,20 M.

Chronische Stuhlverstopfung, Hämorrhoiden, ihre Ursachen, Wesen und Bekämpfung, gemeinverständlich dargestellt von Dr. med. **A. Sopp,** Frankfurt a. M. Leipzig, Verlag von Curt Kabitzsch, 1920. 57 S. 7,20 M.

Gesundheits- und zeitgemäße Ernährung, gemeinverständlich dargestellt von Dr. med. **A. Sopp,** Frankfurt a. M. Verlag von Curt Kabitzsch, 1921. 58 S. 6,— M.

Vorliegende drei Schriften bilden die drei ersten Hefte einer Sammlung, welche unter dem Titel „Aerztliche Beratung zur Ergänzung der Sprechstunde" im großen Publikum Aufklärung über das Wesen der wichtigsten Krankheiten und die Maßnahmen zu ihrer Verhütung verbreiten soll. Die Kranken und ihre Angehörigen sollen dadurch in die Lage versetzt werden, willig und verständnisvoll die ärztlichen Anordnungen zu befolgen. Die Schriften sollen also zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung dienen, sie aber nicht etwa ersetzen. Dieser Tendenz entsprechen die drei vorliegenden Hefte, welche die wichtigsten Kapitel aus dem Gebiet der Darmkrankheiten und die Grundzüge der Ernährungslehre behandeln, in der Art der Darstellung und der Stoffauswahl im allgemeinen durchaus, so daß jeder Arzt sie seinen belehrungsbedürftigen Patienten wohl empfehlen kann. Nur bei der Besprechung des Darmkatarrhs scheint uns der Verfasser etwas mehr als notwendig auf Einzelheiten der medikamentösen und diätetischen Behandlung eingegangen zu sein. Im übrigen lassen sich keine Einwände gegen die hier in sehr flüssiger, geschickter Darstellung gebotene Belehrung erheben. L.

V. Technische Neuheiten.

Injektionstrokar mit Klemmvorrichtung.

Um dem ohne Assistenz arbeitenden praktischen Arzt die fehlerlose Durchführung der intravenösen Einspritzungen zu erleichtern, hat San.-R. Dr. Martin Sußmann (Berlin) zwei Hilfsmittel konstruiert. Erstens an Stelle der Kanüle einen Injektionstrokar von 1 mm äußerem Durchmesser und einer Wandstärke von 0,1 mm, aus Röhre und Stilett bestehend. Er wird mit dem Stilett geschlossen in die Vene eingeführt. Dann wird das Stilett herausgezogen. Liegt die Röhre richtig in der Vene, so stürzt das Blut in feinem Strahl aus der Kanüle heraus, die gefüllte Spritze wird dann aufgesetzt, die Injektion kann so langsam wie erforderlich vor sich gehen, ohne daß die Venenwand angespießt wird. Das zweite Hilfsmittel ist eine Klemmvorrichtung für den abschnürenden Schlauch, welche mittels eines Hebels vom Arzt geschlossen und geöffnet werden kann. Beide Instrumente sind bei Georg Wolf, Berlin N., Karlstr. 18, käuflich. (Therapie der Gegenwart, August 1920.)

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Durch einen Beschluß der Preußischen Landesversammlung wurde für die Kreisärzte die neue Amtsbezeichnung „Kreismedizinalrat" geschaffen. — Der von den unabhängigen Sozialdemokraten auf Sozialisierung des Heilwesens gestellte Antrag scheiterte an der Beschlußunfähigkeit der Versammlung, indem die Mitglieder der bürgerlichen Parteien zum größten Teil den Sitzungssaal verlassen hatten.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Dr. v. Lichtenberg, früher Privatdozent an der Straßburger Universität, wurde von der Beliner medizinischen Fakultät als Privatdozent für Chirurgie zugelassen.

Kiel. Dr. Creuzfeldt, Assistent an der psychiatrischen Universitätsklinik, habilitierte sich für Psychiatrie und Neurologie.

Rostock. Prof. Dr. Reinmöller wurde beim Ausscheiden aus seiner Stellung als Direktor der Universitätszahnklinik zum Doktor der Zahnheilkunde honoris causa ernannt.

München. Den Privatdozenten Dr. Bestelmeyer (Chirurgie) und Dr. Eisenreich (Geburtshilfe und Gynäkologie) wurde der Titel und Rang eines a. o. Professors verliehen.

Tübingen. Dr. E. Vogt, Oberarzt der Universitätsfrauenklinik, habilitierte sich für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Heidelberg. Der Fabrikbesitzer Behringer in Bielefeld, Inhaber der Dr. Oetker's Fabriken, der 500 000 Mark zur Errichtung eines Instituts für Eiweißforschung der Heidelberger Universität gespendet hat, wurde zum Ehrenbürger der Universität ernannt.

Verschiedenes.

Berlin. Den von der „Robert Koch-Stiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose" ausgesetzten Preis von 5000 M. für die Bearbeitung des Themas: „Die Bedeutung der verschiedenartigen Strahlen (Sonne, Röntgen, Radium, Mesothorium) für die Diagnose und Behandlung der Tuberkulose" erhielt Dr. Gassul, früher Assistent am Institut für Krebsforschung in Berlin.

Vereins- und Kongreßnachrichten.

Die 3. Jahresversammlung der Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie wird vom 27.—29. Dezember in Friedrichroda im Hotel Lange tagen. Für die wissenschaftliche Sitzung sind als Vorträge angemeldet:

Geheimrat Prof. Dr. G. Schütz (Berlin): Zander und sein Werk.

Dr. Nagelschmidt (Berlin): Elektromechanotherapie.

Dr. J. Schütze (Berlin): Zahlenmäßige Dosierung — ein wichtiger Fortschritt in der Lichttherapie (mit Demonstration).

San.-Rat Dr. Haßlauer (Frankfurt a. M.): Knick-, Senk-, Plattfuß und deren mechanisch-orthopädische Behandlung (mit Demonstration).

Dr. Muskat (Berlin): Fehldiagnosen bei Fußerkrankungen.

Dr. Kirchberg (Berlin): Mechanotherapie bei Erkrankungen der Abdominalorgane.

San.-Rat Dr. Blumenthal (Berlin): Immobilisation und Massage der Frakturen in der Praxis.

Dr. Hertzell (Bremen): Physikotherapie der Ischias.

San.-Rat Dr. Bieling (Friedrichroda): Elektrotherapie bei Herzkrankheiten.

Dr. Rosell (Ballenstedt): Moderne Elektrodiagnostik.

Dr. Hirsch (Charlottenburg): Demonstration eines Stirn- und Herzkühlers.

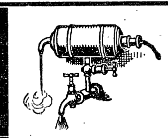
Demonstrationen wichtiger Röntgenbilder aus der Praxis.

In der wirtschaftlichen Sitzung wird San.-Rat Dr. Lubinus (Kiel) über die Ausbildung des Hilfspersonals in der Mechanotherapie, Geheimrat Prof. G. Schütz (Berlin) über die Umsatzsteuer, Dr. Hertzell (Bremen) über die mechanotherapeutische Korrespondenz, Dr. Hirsch (Charlottenburg) über Patienten- und Honorarkontrolle sowie über die Verhandlungen mit Krankenkassen und anderen Verbänden berichten.

Die wissenschaftlichen Sitzungen sind öffentlich. Kollegen, die sich für Mechano- und Elektrotherapie interessieren, sind mit ihren Damen eingeladen. Nähere Auskunft erteilt der Schriftführer Dr. Hirsch, Charlottenburg, Fraunhoferstraße 16.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.





„Schalt ein!" und ohne Vorbereitung fließt's warm und kalt aus jeder Leitung!

Hervorragende Neuheit!

(Patente angemeldet.)

Elektr. Warmwasser-Apparat

für jede Wasserleitung.

Sofort fließendes heißes Wasser.

Illustr. Prospekte usw. umsonst.

Richard Korant, Berlin-Wilmersdorf, Uhlandstr. 116.

Der

Bonifaziusbrunnen

Bad Salzschlirf

ist altbewährt

als Heilmittel gegen Gicht, Stein- und Stoffwechselleiden

Alle Drucksachen frei durch die Kurverwaltung

Rezepte Mitteilungen, Rechnungen, Briefbogen, Kuverts, bei 5000 einer Sorte franko, konkurrenzlos billig, schnell und sauber

Spezialdruckerei Poessl, Bad Suderode, Ostharz.



Bestandteile: Trichloracetaldehydhydrat, Aceton, Menthol recrist. Salbengrundlage.

DR. HARTMANN'S

PHOSPHANA

CONCENTRIERTE PHOSPHAT-NAHRUNG

Kalk- u. Phosphathaltiges, leicht verdauliches **Kakaopräparat** zur erfolgreichen Bekämpfung aller auf **rachitischer Grundlage** beruhenden Krankheitserscheinungen.

Wirkt hervorragend ernährend!

Prospekte und Probedosen kostenlos.

Nährmittelfabrik

RICHARD HARTMANN

Chemnitz.

Hermaphroditismus

verus internus m. menses.

Wir offerieren den Originalabguß der Genitalien eines bekannten Hermaphroditen in **tadelloser Ausführung** zum Preise von **M. 50.—** bei Voreinsendung des Betrags. Bei Nachnahme werden Portospesen extra berechnet.

Naturwissenschaftliches Präparatorium

Stuttgart, Ludwigstraße 26. D.

„PRAEVALIDIN"

Campher-Wollfettsalbe mit Wasserstoffsuperoxyd zur percutanen Einverleibung von Campher und Balsam peruvian.

Bestandteile: Campher, Balsam peruvian., Ol. Eucalypt.

Jede Dosis enthält 0,4 g Campher.

Wegen der herzroborierenden, expectorierenden und Appetit anregenden Wirkung indiziert bei Lungentuberkulose, Emphysem, Asthma nervosum, Bronch. chronic., Influenza, Anämie, Skrofulose u. Herzschwächezuständen. Jede Tube enthält 5 Dosen. Genaue Gebrauchsanweis. liegt jeder Tube bei.

Preis der Tube für Erwachsene M. 6,—, für Kinder (halbe Dosis) M. 4,—.

Literatur und Proben durch die

Woll-Wäscherei und Kämmerei in Döhren bei Hannover.



Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025–0,05 0,1–0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05–0,1–0,15 0,2–0,25–0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 0,01–0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:

Kreosot 0,05–0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45 %, Haemoglobin 9 %, peptonis. Muskeleiweiß 46 %.

Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:

Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) Jasper **0,05**

scat. unam orig.

Nur echt in geschlossener Originalschachtel.

Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger

Bernau bei Berlin.

GASOZAEN

Ung. isoamyl. bihyd. emp.

Das beste ätiotrope und sympt. Mittel zur Tamponadenbehandlung der genuinen Ozaena

Aerztlich in der Charité erprobt und seit Jahren gut bewährt

Literatur: D. m. W. 1917 Nr. 17, 1919 Nr. 11

Preis pro 20 Tamp. M. 13.50

Zu beziehen durch alle Apotheken oder direkt durch

Ignaz Hadra, Germania-Apotheke, Berlin 54



Kaiserbrunnen — kohlensäurehaltiges bestes Tafelwasser

Kaiserquelle — natürliches Thermalwasser zu Haustrinkkuren,

abgefüllt unter Kontrolle der Stadtverwaltung, wirkt vorbeugend und heilend bei

Rheuma, Gicht, Katarrhen

der Verdauungs- und Atmungs-Organe etc. Brunnenschriften durch Aachener Thermalwasser „Kaiserbrunnen" A. G. Aachen-Nord 44

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

89. Jahrgang **Berlin, 25. Dezember 1920** **No. 52**

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch die Buchhandlungen. Postämter sowie direkt vom Verlag.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

89. Jahrgang

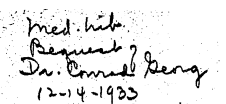
1920



BERLIN W

Verlag der Allgemeinen Medizinischen Central-Zeitung

(Oscar Coblentz)



Sach- und Namen-Register.

I. Sach-Register.

A

B

H

I J

K

L

M

N

II. Namen-Register.

T

U

V

W

Y

Z

89. Jahrgang | Berlin, 25. Dezember 1920 | No. 52

Erscheint jeden Sonnabend.
Bezugspreis vierteljährlich M 6,—
Preis der einzelnen Nummer M 1,—

Zu beziehen durch die Buchhandlungen, Postämter sowie direkt vom Verlag

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Schriftleitung:
Dr. R. LOHNSTEIN, Berlin
Dr. MAX HIRSCH, Charlottenburg

89. Jahrgang

Verlag:
OSCAR COBLENTZ, Berlin W30, Maaßenstr. 13
Fernsprecher Lützow 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Schriftleitung in Berlin W30, Maaßenstraße 13 zu richten.

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit M 1,— berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Balneologie im Dienste der Kriegsbeschädigten bei funktionellen Nervenerkrankungen.

Von
San.-Rat Dr. K. Bieling (Sanatorium Tannenhof-Friedrichroda).

(Schluß.)

Daß hierbei die Verhältnisse des Sanatoriums mit dem Vorhandensein der nötigen diagnostischen Apparate gegenüber vielen Durchschnittsreservelazaretten einen besonderen Vorzug ausmachten, sei hier nur kurz hervorgehoben. Als besonders markante Fälle der Art möchte ich auf der einen Seite beispielsweise anführen die Aufdeckung eines Aneurysmas auf der Basis einer Endarteriitis luetica durch Röntgenschirm und Wassermann einerseits, andererseits als Gegenbeispiel den Nachweis eines diagnostizierten Ulcus als nicht vorhanden und die Entlarvung des ominösen Schmerzpunktes als mit dem gut handbreit darunterliegenden Magen überhaupt nicht zusammenhängend. Erwähnen möchte ich ferner in diesem Zusammenhange die Wichtigkeit der Deutung von subjektiven Herzbeschwerden, um die sich Wenckebach seinerzeit besondere Verdienste erworben hat. Endlich sei hervorgehoben, daß ich auffallend häufig als Begleiterscheinung der Neurasthenie zahlreiche, ihren Träger sehr quälende Nervendruckpunkte fand, besonders am Trigeminus, Occipitalis, häufig auch am Ischiadikus, in der Muskulatur von Hals und Nacken, für deren Behandlung sich mir, wie in den Friedensfällen, die Druckpunktmassage sehr bewährte.

Ich komme nun zu derjenigen Gruppe von Erkrankungen, die während des Krieges der Gegenstand der lebhaftesten Kontroversen gewesen ist, den eigentlichen Kriegsneurosen. Während die Mehrzahl der Beurteiler sie dem großen Gebiete der Hysterie zurechnete und sie als hysterische Symptomkomplexe bezeichnet wissen wollte, stellte eine kleine Anzahl von Forschern unter der Führung von Oppenheim an Hand der besonderen Kriegserfahrungen die Frage der traumatischen Neurosen erneut zur Diskussion, auf Grund der Annahme, daß für eine Reihe von zumeist monosymptomatischen Fällen die Ursache zum Ausbruch der Erkrankung in gewissen mechanischen Erschütterungen der Elementarteilchen des zentralen oder peripheren Nervensystems, also in bleibenden materiellen anatomischen Veränderungen der Gehirn- oder Nervensubstanz zu suchen sei, wobei vielfach die dadurch veranlaßten Erscheinungen scharf abgegrenzt wären von den rein funktionellen neurotischen resp. psychoneurotischen. Sie werden damit in eine enge Beziehung zu den sogen. Kommotionsneurosen gebracht, also jenen Störungen, die im Verlauf einer Gehirnerschütterung auftreten, bei denen wir molekulare Verschiebungen der Hirnsubstanz, kleine Zerreißungen, kleine Blutungen als bestehend annehmen, bei denen der Name Neurose also eigentlich nicht zutrifft, und die ich darum auch als nicht in den Rahmen der Besprechung fallend bei Seite gelassen habe. Diese Anschauungen Oppenheims sind bekanntlich von den meisten Fachgenossen auf das Lebhafteste bekämpft worden, insbesondere auf Grund der Beobachtung, daß es gelingt, derartige Symptomkomplexe, wie sie Oppenheim zu seiner Deutung veranlaßt haben, durch seelisch wirkende Maßnahmen wie mit einem Zauberschlage zu beseitigen. Oppenheims Gegner fassen die in Betracht kommenden Krankheitsbilder als rein hysterische Symptomkomplexe psychisch resp. ideagen bedingt auf.

Es erübrigt sich, hier näher auf diese theoretischen Betrachtungen einzugehen, zumal doch die grundsätzliche Scheidung: mechanisch-psychisch, körperlich-seelisch, organisch-funktionell große Bedenken hat und vielleicht besser überhaupt fiele. Ist doch das Psychische, das Funktionelle schließlich nur die Auswirkung eines materiellen, körperlichen Vorganges.

Zu unterscheiden sind meines Erachtens nach bei der Hysterie zwei Dinge: 1) die hysterische Konstitution, die ich mit Nonne kurz dahin kennzeichnen möchte, „daß bei ihr Gemütsbewegungen abnorm leicht auftreten und wieder schwinden, und daß die seelischen Zustände abnorm leicht in körperliche sich projizieren, die Gemütsbewegung oft lange überdauernd, ein Zustand, der zweifellos nicht nur angeboren zu bestehen braucht, sondern auch durch das im Kriege an der eigenen Person und an anderen erlebte, vielleicht auch durch ein kommotionelles Moment hervorgerufen werden kann", ein Zustand, den man auch als Hysteriefähigkeit bezeichnet hat, 2) die Aeußerung dieser eigentümlichen Konstitution, der hysterische Symptomkomplex, der erst unter der Einwirkung eines äußeren, auslösenden Momentes in Erscheinung tritt, schnell wieder vorübergeht oder durch eine Suggestivbehandlung beseitigt werden kann, ohne daß damit das materielle Substrat, die Hysteriebereitschaft, aus der Welt geschafft, die Hysterie im eigentlichen Sinne geheilt ist. Diese äußeren, auslösenden Momente können auch in unzweckmäßiger Behandlung, Milieueinflüssen, Vorstellungen und dergl., bestehen, durch die der hysterische Symptomkomplex fixiert, verarbeitet und vergrößert werden kann.

Den Standpunkt Lewandowskis, daß die Erkrankten eine Neurose nur bekommen, um sich in Sicherheit zu bringen, den von Poenitz, daß die Kriegshysterie nur ein bewußtes Sichgehenlassen sei, mit dem der Träger einen bestimmten Zweck verfolge (eine Zweckreaktion), teile ich nicht, sondern sehe darin eine Verallgemeinerung und Schematisierung von Einzelfällen, eine Vernachlässigung alles dessen, was rein reflektorisch in der Sphäre des Unbewußten und Unterbewußten sich abspielt, eine Vernachlässigung auch alles dessen,

was wir an wirklich körperlich bedingten Momenten bei der Entstehung der Hysteriefähigkeit doch zweifellos annehmen müssen.

Ich möchte mich hierbei der Auffassung Liliensteins anschließen, der auch in psychischen und funktionellen Vorgängen etwas körperlich organisch Begründetes sieht, beruhend auf „irgendwelchen materiellen, chemischen oder physiologischen, molekularen oder strukturellen, Gerinnungs- oder Spannungsänderungen, Potentialschwankungen oder dergleichen, in den feinsten Elementarzellen des Nervensystems". Meines Erachtens nach heißt es doch, das Kind mit dem Bade ausschütten, wenn man bei dem Neurotiker ohne weiteres als einzig feststellbare Ursache seiner pathologischen Reaktion die mala voluntas annehmen will. Zu denken gibt hierbei, daß doch beispielsweise im Anschluß an Granatexplosion, ohne daß es zu einer Commotio im eigentlichen Sinne gekommen wäre, sich objektiv mit dem Bárány'schen Versuch nachweisbare Labyrinthstörungen finden, die auch eine materielle Erklärung der geklagten, sonst unkontrollierbaren Beschwerden der Patienten bilden. Darüber aber dürfte natürlich kein Zweifel sein, daß eine große Reihe der hysterischen Symptome an sich auf der Basis der vorliegenden hysterischen Veränderung auf dem Wege des Vorstellungslebens entstehen und ebenso beseitigt werden können. Sich den Mechanismus dieser Vorgänge aber, dem, wie gesagt, Zustandsänderungen, also körperliche Vorgänge, zugrunde liegen müssen, begreiflich zu machen, dürfte zunächst ebenso aussichtslos sein wie die Lösung der Frage des Zusammenhanges der seelischen Lebensäußerungen mit körperlichen Vorgängen überhaupt.

Soviel über die in Betracht kommenden Krankheitsformen. Wenden wir uns nun zu den Erfahrungen, die wir mit der balneotherapeutischen Behandlung unserer Kranken gemacht haben. Hierbei muß ich mich natürlich im wesentlichen auf eigene Erfahrungen stützen. Es dürfte aber nicht unangebracht sein, diese zu verallgemeinern. Gibt es doch in unseren Kurorten keine spezifischen Heilquellen für die Behandlung der funktionellen Nervenkrankheiten. Die wirksamen Faktoren: Klimawirkung, physikalische Heilmittel und die Hand des in der Behandlung von Nervenkranken geübten Arztes dürften mehr oder weniger allen Kurorten gemeinsam sein. Auch bei den Heilquellen handelt es sich schließlich immer um das Wasser als Träger von physikalischen Eigenschaften, während die chemischen Unterschiede gerade den in Frage kommenden Krankheiten gegenüber eine wesentliche Rolle nicht spielen dürften.

Ich möchte den Begriff der Balneotherapie hierbei soweit als möglich fassen, einschließend alle die mit dem Aufenthalt im Kurorte notwendigerweise verknüpften Einwirkungen auf die Gesamtpersönlichkeit, die geistige und die körperliche, einschließend also auch alle rein klimatischen Heilfaktoren. Gerade den Wert der letzteren noch hervorzuheben, dürfte kaum vonnöten sein. Wissen wir doch auch aus den Friedenserfahrungen, welch mächtig umstimmenden, beruhigenden oder tonisierenden Einfluß Luft, Licht, Sonne, Ruhe und Bewegung in der großen Abstufbarkeit, die uns alle diese Faktoren ermöglichen, bei Erschöpften, Neurasthenikern, Hysterikern haben, je nachdem es sich um Orte des Hoch-, des Mittelgebirges, des Binnenlandes, der Nord- und Ostseeküste handelt, um ruhige, windgeschützte, freigelegene, stärker bewaldete, je nachdem, ob sie stark besonnt oder mehr beschattet sind, je nach der Jahreszeit auch, um die es sich handelt.

Und wie im Frieden, so sahen wir auch bei unseren Kriegspatienten, welch wichtige Rolle dabei die seelischen Einwirkungen spielten, die der Kurort mit seinem ganzen Milieu auf alle Sinne gerade des Nervenkranken, ausübt, der sich nach all den Schrecknissen des Schlachtfeldes, nach den traurigen und langweiligen Eindrücken des Lazarettlebens weidet an der Schönheit der umgebenden Landschaft, am Wechsel von Berg und Tal, am rauschenden Bach, dem wogenden Meere, dem weißflimmernden Märchenschnee. Kurz gestreift sei der in vielen Fällen günstige Einfluß eines behaglichen Kurlebens, und besonders hervorgehoben auch die wichtige Rolle einer systematischen Bewegungskur zur Kräftigung der Körpermuskulatur, des Herzens und zur Hebung der nervösen Spannkraft und Elastizität. Die Beobachtungen, die ich im Jahre 1914 in systematisch-experimentellen Untersuchungen an kranken Kindern diesbezüglich machte und veröffentlichte, wurden durch die Kriegserfahrungen vollauf bestätigt und decken sich mit den Erfahrungen Wenckebachs, die er seinerzeit in Warschau bekannt gab. Sie gelten nicht nur für organisch Herzkranke, sondern auch für Herzneurosen, ja für Neurastheniker überhaupt, sobald erst einmal das Stadium der notwendigen Ruhe überschritten ist und es gilt, ein wirksames Körpertraining zu betreiben. Besonders bewährt haben sich ferner auch hier Luft- und Sonnenbad, namentlich im Verein mit systematischem Turnen unter sachverständiger Leitung.

Bei einer großen Reihe von Behandlungsfällen genügten diese genannten klimatischen Faktoren, insbesondere bei einfacher Erschöpfung und leichteren neurasthenischen resp. hysterischen Zuständen, unterstützt durch einfache Wasserprozeduren, die sich auch in den teilweise etwas behelfsmäßig eingerichteten Lazaretten mit Leichtigkeit anwenden ließen.

In den schwereren Fällen aber habe ich meinerseits, ebenso wie das an anderen Stellen geschehen ist, außerdem einen ausgiebigen Gebrauch gemacht von einer physikalischen Allgemeinbehandlung. Es ist ja die physikalische Behandlung, obwohl im Frieden gerade bei Neurasthenie und Hysterie erprobt und bewährt, vielfach als sekundär etwas in den Hintergrund gedrängt worden. Manchmal mag hierbei aus der Not eine Tugend gemacht worden sein. Mir persönlich schien es jedenfalls nötig, die körperliche Komponente der in Betracht kommenden Leiden systematisch zu behandeln, wie das ja nicht nur in Sanatorien, sondern auch in allen Kurorten mit ihren umfassenden technischen Anlagen, insbesondere den Bädern, leichter möglich war als unter den gewöhnlichen Lazarettverhältnissen. Es war unverkennbar, daß Patienten, die vordem nach Ausweis ihres Krankenblattes schon monatelang ohne wesentliche Aenderung ihres Zustandes in gewöhnlicher Lazarettbehandlung gestanden hatten, unter der Einwirkung einer systematischen, physikalischen Behandlung schnell wieder in die Höhe kamen, und die Kranken selber erkannten dies dankbar an. Hydrotherapie in Form von Bädern, Packungen und Duschen, Elektrotherapie mittels der verschiedenen Stromqualitäten, vom einfachen Gleichstrom bis zum oszillierenden Wechselstrom, Höhensonne, Lichtbäder, Massage und Mechanotherapie wurden in Anwendung gebracht, wobei es selbstverständlich sorgfältig vermieden wurde, das Gefühl einer organischen Erkrankung bei ihnen hervorzurufen, und etwa durch die Art der Behandlung die Gedanken in unzweckmäßiger Weise auf ein bestimmtes Organ zu fixieren. Besonders hervorheben möchte ich, daß ich wie im Frieden so auch hier mit Ganz- und Teilpackungen bei Erregungszuständen aller Art und Schlaflosigkeit besonders gute Erfolge hatte. Schottische Duschen wirkten günstig bei vasomotorischen und Schwindelerscheinungen, namentlich auch bei den ja nicht ganz hierher gehörigen Kommotionsneurosen, die Höhensonne bei allgemeinen Erschöpfungszuständen und Chlorosen, die Druckpunktmassage bei den nach meiner Beobachtung besonders häufigen Nervendruckpunkten. Daß sich dabei der Psychotherapeut den freiesten Raum ließ und ich mich nicht auf die Balneotherapie allein beschränkte, bedarf wohl kaum einer Erwähnung, sei es nun, daß ich die genannten physikalischen Heilanwendungen aus rein suggestiven Gründen mit heranzog, sei es, daß ich die reine Psychotherapie in Anwendung brachte in Form der Wachsuggestion, der Hypnose, unter Heranziehung auch gewisser bewährter Prinzipien der analytischen Methode. Alle diese Behandlungsmethoden lassen sich ja auf das wirksamste gerade mit der Balneotherapie verbinden und wirkten in dieser Kombination besonders zweckmäßig, weil es auf diese Weise gelang, teils körperlich, teils seelisch den krankhaften Symptomkomplex zu beseitigen, das den funktionellen Erkrankungen vielfach zweifellos zugrunde liegende körperliche Moment zu beheben und auf der anderen Seite auch auf dem Wege über das Unterbewußtsein falsche Vorstellungskomplexe auszuschalten, nicht ausgeglichene Affekte zum Ausklingen zu bringen, Innervationsentgleisungen zu beseitigen und dergl. mehr.

Von dem „Kauffmann'schen Verfahren" im strengen Sinne des Wortes habe ich persönlich nicht Gebrauch gemacht, weil die mir unterstellten Lazarettbetriebe darauf nicht zugeschnitten waren, und weil die für seine Anwendung geeigneten Fälle bestimmungsgemäß nach dem Bekanntwerden der Methode in Spezialabteilungen verlegt werden mußten. In dem Verfahren an sich erblicke ich nichts grundsätzlich Neues, sondern nur eine besondere Form der larvierten Suggestion, wie ich solche schon vor ca 20 Jahren erfolgreich angewandt habe, z. B. bei Enuresis nocturna, mit dem Erfolg einer Heilung in der ersten faradischen Sitzung nach entsprechender Vorbereitung.

Nach den mir vorliegenden Berichten ist aber auch von unseren engeren Fachgenossen in dem Rahmen der Behandlung im Kurort das Kauffmann'sche Verfahren vielfach mit Erfolg angewandt worden.

Hervorheben möchte ich noch, daß ich auch mit der rein erzieherischen oder persuasorischen Methode bei mehreren Fällen von Mutismus gute Erfolge erzielt habe. Besonders typisch war ein Fall, der bereits seit 3/4 Jahren von Lazarett zu Lazarett erfolglos gegangen war, und der seine Sprache in wenigen Sekunden wieder gewann. Ich ließ den betr. Kranken zunächst sich räuspern, was ihm, während er sonst keinen Ton hervorbringen konnte, anstandslos gelang. Damit verband ich dann schnell einige Vokalisationsübungen und konnte ihn, nachdem die Hemmung einmal durchbrochen war, so sehr schnell wieder zum Sprechen bringen. Das Verfahren erinnert an das von Muck beschriebene, ist aber noch einfacher, technisch leichter durchführbar und für den Kranken weniger aufregend. Da ich es sonst nicht beschrieben gefunden habe, sei es hier kurz erwähnt.

Es würde nun außerordentlich interessant sein, festzustellen, wieviel Fälle von funktionellen Erkrankungen überhaupt an dem geschilderten Vorteile der balneotherapeutischen Behandlung beteiligt waren. Ich habe an die in Frage kommenden Kurorte, Lazarette, Genesungsheime, Fragebogen versandt. In den meisten Fällen hat sich ergeben, daß brauchbares Zahlenmaterial nicht erhältlich ist. Auch aus meiner eigenen Tätigkeit kann ich nur das Zahlenmaterial meines Sanatoriums und das des Genesungsheimes beibringen, nicht das des Vereins- und Reservelazaretts. Kurz zusammengestellt ergibt sich daraus, daß in meinem Sanatorium 195 Kranke mit 10 700 Behandlungstagen behandelt wurden, die Zeit beträgt also für jeden Fall durchschnittlich 55 Tage gleich 8 Wochen. Von den 36 Mannschaftsfällen wurden wieder verwendungsfähig, also geheilt im militärischen Sinne, entlassen 61%, zur Genesenen-Komp. entlassen 8%, in andere Lazarette verlegt 30%. Von 159 Offizieren wurden wieder verwendungsfähig 92%, zur weiteren Behandlung entlassen 6%, dienstunfähig 2%.

Im Genesungsheim wurden behandelt:
70 Nervenfälle bei 3643 Behandlungstagen.
Die Durchschnittsbehandlungsdauer betrug 52 Tage = 7½ Wochen.
Als wiederverwendungsfähig wurden entlassen 71%.
Zur Genesenenkompagnie wurden entlassen 3%.
Zur Weiterrbehandlung wurden entlassen 25%.

Wenn der eigentliche Gegenstand meines Referats damit auch erschöpft ist, möchte ich doch auch noch darauf kurz hinweisen, daß die Balneotherapie dem großen Heere derer gedient hat, die ebenfalls indirekt unter den Einflüssen des Krieges im Dienste der Heimat zusammengebrochen sind. Auch hier fanden sich mit der Dauer des Krieges sich mehrende schwere funktionelle Neurosen und Erschöpfungszustände, nicht nur bei neuropathisch Belasteten, sondern auch bei vorher Nervengesunden, bisweilen sich steigernd zu den schwersten Formen mit Depressionszuständen, Zwangsgedanken und dergl.

Besonders schienen sich die Fälle mit psychischen Anomalien bei dem Ausbruch der Revolution zu mehren, hierbei oft gesteigert durch unmotivierte Angst vor dem Verhungern und Verarmen und dergl.

Auffallend waren schwere Gewichtsverluste bis zur Hälfte des Körpergewichts im Verlaufe von Erschöpfungszuständen und Heruntergehen der Hämoglobinwerte bis auf 45 und 40%. Von diesen Kriegsbeschädigten haben unzählig viele mit den Hilfsmitteln unserer Kurorte ihre verlorengegangene Gesundheit wieder erhalten, und die Balneologie hat auch da eine wichtige Mitarbeit im Kriege geleistet, trotz behördlicher Unterdrückung, trotz der Ernährungs- und Reiseschwierigkeiten, und Kurverwaltungen und Aerzte haben sich bleibende Verdienste um das Vaterland erworben, die nicht vergessen werden dürften.

In einem Aufsatze aus „Die Balneotherapie als Heilfaktor bei Kriegsverletzungen und Erkrankungen" schrieb Strauss: „In unseren Bädern steckt ein kolossales Quantum Kulturarbeit, derselben Kulturarbeit, die uns auf den verschiedensten Gebieten soweit vorwärts gebracht hat, nämlich eine innige Verquickung von Wissenschaft und Technik, von Organisation, Unternehmungsgeist und von zäher Arbeit. Es wirkt hier dieselbe Verbindung schaffender Kräfte, welche die Erfolge unseres Geisteslebens, unserers Wirtschaftslebens und unserer Kriegführung verursacht hat. Freuen wir uns, daß wir durch die vereinigte Wirkung dieser Faktoren über solche Bäder verfügen, wie sie uns eigen sind, und sorgen wir dafür, daß diese Bäder möglichst bald und möglichst ausgiebig recht vielen hilfsbedürftigen Soldaten nutzbar gemacht werden."

Heute, da wir am Ende des großen Krieges stehend das Endresultat ziehen sollen, dürfen wir wohl sagen, daß die Hoffnungen und Erwartungen, die in diesen Ausführungen liegen, vollauf erfüllt worden sind; die Aufgabe aber, die den deutschen Kurorten und der Balneotherapie im weitesten Sinne des Wortes gestellt worden ist, ist noch nicht restlos gelöst. Die Folgen des Krieges, speziell in bezug auf die Nervenschädigungen, werden sich noch auf Jahre hinaus bemerkbar machen, um so mehr, als die heutigen Verhältnisse ja leider nicht dazu angetan sind, sie langsam zum Ausklingen kommen zu lassen, vielmehr durch den Kampf ums Dasein, die Schwierigkeiten der Ernährung, die Unsicherheit der Verhältnisse, die Schädigungen unterhalten und neu geschaffen werden.

Und so blüht denn unsren Kurorten von neuem die Aufgabe, mit ihrem großen Heilschatze an Bädern, ihren auf Wissenschaft und Technik aufgebauten Einrichtungen, der Tüchtigkeit und der Erfahrung ernst denkender Aerzte, dem nie versagenden Zauber der Natur, der Ruhe und Behaglichkeit ihres Lebens, den Ermüdeten und Erschöpften, den Neurasthenikern und Hysterikern Gelegenheit zu geben, die Wunden zu heilen, die sie an ihren Nerven erlitten haben.

So sehe ich eine wichtige Aufgabe für unsere Kur- und Badeorte in der Schaffung großer sportlicher Anlagen, für die von Seiten der Allgemeinheit entsprechende Mittel zur Verfügung gestellt werden müßten. Hoffen wir, daß in unseren Kurorten es gelingt, mit Unterstützung der Regierung und der führenden Parteien die Vorbedingungen zu schaffen, um, wie sie im Kriege, und zwar infolge des von Seiten der Intendanturen beliebten Sparsystems oft geradezu auf Kosten der opferwilligen Aerzte, Heilanstalten und Kurverwaltungen resp. Badebesitzer, tausenden und abertausenden zur Wiederherstellung ihrer Nervenkraft geholfen haben, auch die neue, teils therapeutische, teils prophylaktische Aufgabe zu erfüllen, die für den Wiederaufbau unserer Volkskraft und unseres Wirtschafslebens aber von größerer Bedeutung ist, als weite Kreise ahnen.

Meine Damen und Herren, ich bin damit am Schlusse meines Referates. Der Gegenstand desselben hat es mit sich gebracht, daß ich mich nicht nur auf die Wiedergabe objektiver Forschungen beschränken konnte, sondern daß ich subjektive Auffassungen wiedergeben mußte und daß ich auch, das rein ärztliche Gebiet verlassend, allgemeinere Fragen zu berühren hatte. Nicht konnte ich Ihnen mit großen Zahlen beweisen, welchen Anteil die Kurorte an der Behandlung der funktionellen Nervenkrankheiten genommen haben, und wieviele hiervon geheilt sind. Das aber hoffe ich, werden Sie aus meinen Ausführungen entnehmen: Die Balneologie verfügt über Mittel und Wege, mit denen sie schon während des Krieges tausende und abertausende von Fällen funktioneller Nervenkrankheiten hat beheben oder bessern können, sie wird auch ferner dazu beitragen, das durch Krieg und Revolution, durch Hunger und Arbeit, durch seelische Erschütterungen geschwächte und zerrüttete Nervensystem unseres Volkes wieder aufzubauen und funktionstüchtig zu machen, daß dermaleinst wieder ein arbeitsfreudiges, tüchtiges Geschlecht in unserem Vaterlande wohne.

Diagnose und Behandlung der nichtspezifischen Epididymitis mit Arsen.

Von San.-R. Dr. med. et phil. **Kaufmann**, Bad Wildungen.

Die größte Zahl der Nebenhodenentzündungen, die dem Arzte zu Gesicht kommen, beruhen auf Gonorrhoe. Die Diagnose einer gonorrhoischen Epididymitis, bzw. Funiculitis pflegt keine Schwierigkeit zu machen. Die zumeist glatte Schwellung sowie die Schmerzhaftigkeit lassen keinen Zweifel an der Natur der Erkrankung, die noch besonders sicher gestellt werden kann durch den Nachweis vorausgegangener oder noch bestehender Gonorrhoe.

Auch syphilitische Erkrankungen des Hodens und Nebenhodens, deren Feststellung durch Anamnese und Wassermannsche Reaktion bewirkt werden kann, sowie maligne Tumoren, die gewöhnlich den Hoden, nicht aber den Nebenhoden ergreifen, begegnen im allgemeinen keinen diagnostischen Schwierigkeiten. Dagegen ist es vielfach recht schwierig, oft geradezu unmöglich, durch Inspektion und Palpation eine tuberkulöse Entzündung des Organs von einer nicht spezifischen zu unterscheiden. Diese nicht spezifischen Hoden-Nebenhodenentzündung ist zumeist eine Komplikation bei Katarrhen der Harnwege, die auf Bakterienschäden mancherlei Art (Koli, Proteus, Staphylokokkus, Pyozyaneus usw.) beruhen. Die Entzündung wird durch lokale Einwanderung verursacht.

Das klinische Bild der tuberkulösen und der nicht spezifischen Epididymitis ist in beiden Fällen durchaus ähnlich.

Man fühlt bei beiden Arten den Nebenhoden oder Hoden als höckrige, ziemlich harte Geschwulst. Auch die Schmerzhaftigkeit ist im Gegensatz zu gonorrhoischen Entzündungen hier wie dort sehr gering oder fehlt zumeist gänzlich.

Zur Sicherung der Diagnose bleibt in solchen Fällen nur die Exstirpation eines Gewebstückes des erkrankten Teiles zum Zwecke histologischer Untersuchung übrig.

Dem Praktiker, dem diese Fälle vor Augen kommen, wird es nicht unerwünscht sein, wenn sich ihm ein anderer Weg zur Diagnosenstellung bietet als der von den meisten Patienten perhorreszierte des Messers.

In mehreren derartigen Fällen, wo tatsächlich eine Unterscheidung zwischen tuberkulöser und nicht spezifischer Epididymitis unmöglich war, hat sich mir ein Verfahren als brauchbar zur Unterscheidung erwiesen, das ich nunmehr in jedem einzigen Falle dieser Erkrankung anzuwenden pflege. Der Kranke erhält Arsen, sei es in Form subkutaner Injektionen (Solarson) oder intern dargereicht. Schon nach wenigen Tagen erzielt man durch diese Behandlung bei der nicht spezifischen Hodenerkrankung einen prompten Rückgang der knotigen Verdickungen, eine auffallende Verkleinerung der Geschwulst. Bei länger fortgesetzter Behandlung kommt es nahezu zu einer restitutio ad integrum, während die tuberkulöse Erkrankung lokal auf Arsen überhaupt nicht reagiert.

In Anbetracht des Umstandes, daß die bisherige Therapie der nicht spezifischen Hoden-Nebenhodenentzündung besondere Resultate nicht zu erzielen vermochte, wird die Arsenbehandlung in jedem Falle heranzuziehen sein.

II. Referate.

Hygiene.

Prof. Dr. **Hilgermann** (Saarbrücken): **Die Bedeutung des Spätwidal zur Feststellung von Typhusbazillenträgern.** (Med. Klinik 1920, Nr. 28.)

Bei der systematischen Typhusbekämpfung kommt es darauf an, nach Möglichkeit alle Typusbazillenträger in verseuchten Gegenden zu ermitteln. Dies geschah zunächst mittels Untersuchung der Ausscheidungen auf Typhusbazillen. Hierbei machte man die Erfahrung, daß die Bazillenträger durchaus nicht regelmäßig die Typhusbazillen ausscheiden, sondern daß lange bazillenfreie Intervalle mit positiven Befunden abwechseln; dieser Umstand muß die rechtzeitige Erkennung der Bazillenträger vielfach unmöglich gestalten. Außerdem wird die Stuhluntersuchung manchmal durch Täuschungsversuche seitens der zu Untersuchenden in ihrer Zuverlässigkeit beeinträchtigt. Auf Grund seiner langjährigen Untersuchungen weist Verf. nun darauf hin, daß die Widal'sche Reaktion zur Ermittlung der Typhusbazillenträger von großem Nutzen ist. Seine Feststellungen führten ihn zu folgender Erkenntnis: Eine positive Widal'sche Reaktion bei sonst gesunden Personen deutet darauf hin, daß in ihrem Körper ein Bazillenherd vorhanden ist. Bezillenträger ohne positiven Widal gibt es nicht. Der Spätwidal ist immer als eine suspekte Erscheinung aufzufassen, man ist daher berechtigt, Leute mit positiver Reaktion unter bakteriologischer Beobachtung zu halten. Neuere Untersuchungen des Verfassers ergaben hierfür weitere Bestätigungen. Voraussetzung ist dabei, daß die Widal'sche Reaktion mittels sorgfältig nach bestimmten Grundsätzen ausgewählter Stämme ausgeführt wird. Auf Grund dieser Erfahrungen kann die Widal'sche Reaktion bei der Ermittlung der Typhusbazillenträger Verwertung finden; sie kann dazu dienen, Verdächtige und Nichtverdächtige mit einem Schlage zu trennen. Jeder Täuschungsversuch in der Abgabe von Material wird hierdurch vereitelt. Vor allem läßt sich auch während der bazillenfreien Intervalle die Durchuntersuchung von Anstalten und Ortschaften durchführen, damit eine völlige Sanierung erreichen und eine wirkliche Prophylaxe treiben. -n.

Dr. C. **Krämer** (Stuttgart): **Bemerkungen über die Ursachen der Zunahme der Tuberkulose und ihre seitherige Bekämpfung.** (Med. Korr.-Blatt f. Württemberg 1920, Nr. 45.)

Im Gegensatz zu den anderen Infektionskrankheiten, die in den alten Schranken gehalten werden konnten, hat die Tuberkulose in den Kriegs- und Hungerjahren eine erschreckende Zunahme erfahren — ein Beweis dafür, daß die Seuchenbekämpfung bei der Tuberkulose nicht richtig gehandhabt wird. In der Pathologie der Tuberkulose beherrschen sowohl beim Erwachsenen wie beim Kinde die Erkrankungen der Bronchialdrüsen das Feld. Aus diesem Grunde wäre die wichtigste Aufgabe die Verhütung des Ueberganges der Tuberkulose von den Bronchialdrüsen auf die Lunge. Das beste Mittel, der Verbreitung der Lungentuberkulose entgegenzutreten, wäre die möglichst frühzeitige Behandlung der Lungentuberkulose, schon in dem Stadium der Bronchialdrüsentuberkulose, in den Heilstätten, Es sollte vor allen Dingen die Verzögerung und unnütze Zeitvergeudung bei der Unterbringung von Lungenkranken in Heilstätten möglichst vermieden werden. Ebenso wichtig ist es, daß die Kranken nicht zu früh aus den Heilstätten zur Entlassung kommen, da sie eine Gefahr für die Umgebung bedeuten. Das unglückliche Invaliditätsgesetz, das die Dauer der Behandlung von Lungenkranken in den Heilstätten auf 13 Wochen festlegt, entspricht nicht einer rationellen Tuberkulosebekämpfung. — Verf. weist auf die Bedeutung der Unterernährung und des Wohnungselends für die Verbreitung der Tuberkulose hin und erwartet von dem in der Entstehung begriffenen Reichstuberkulosegesetz „die Möglichkeit, die Tuberkulose endlich einmal so zu bekämpfen, wie sie es als die gefährlichste Volksseuche verdient". rs.

Versicherungswesen.

Dr. **Edgar Spir** (Hamburg): **Zur Frage der Erwerbsbehinderung unter Berücksichtigung des Berufs.** (Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 43.)

Verf. weist auf die Notwendigkeit hin, die auch kürzlich Marcus in der Jahresversammlung der Aerztlichen Gesellschaft für Mechanotherapie betont hat, bei Begutachtungen einer Erwerbsbeschränkung auf den Beruf der Geschädigten Rücksicht zu nehmen. Als Beispiel gibt er an, daß der Verlust des kleinen Fingers der linken Hand bei einem Schreiber überhaupt keine Erwerbsbeschränkung bedeutet, bei einem Berufsmusiker dagegen sogar einen Berufswechsel zur Folge haben kann. So gibt Verf. 3 Fälle an, in denen durch Unfall und Verletzung das Reiten schwer behindert war. Das hätte sonst für die Beurteilung der Erwerbsschädigung nichts zu sagen; da es sich aber um Offiziere gehandelt hat, war sogar ein Berufswechsel erforderlich. Ferner weist Verf. auf bestimmte Beschwerden bei gewissen Berufszweigen hin. Schulterbeschwerden bei Malern, Hüftgelenksstörungen bei Schneidern, Beschwerden der Daumengrundgelenke bei Näherinnen, Schmerzhaftigkeit des Deltamuskels bei Schuhmachern. Ferner erinnert er an die Wichtigkeit der rechten Brustkorbhälfte bei Tischlern und die Bedeutung der Bursitis achillea bei Leuten, die viel gehen und stehen müssen. Hh.

Prof. Dr. **Gierlich** (Wiesbaden): **Paralysis agitans und Trauma.** (Mediz. Klinik 1920, Nr. 41.)

Verf. begutachtete einen Fall von Paralysis agitans, der durch einen Unfall mit schwerem Bruch des linken Unterschenkels und Nervenschok bedingt war. Die Prognose war durchaus ungünstig. Da die Arme und Hände noch zu gröberen Arbeiten im Sitzen benutzt werden konnten, schätzte er den Grad der Erwerbsbeschränkung auf 80%. Hh.

Innere Medizin.

Dr. **Bogendörfer** und Privatdozent Dr. **Nonnenbruch** (Würzburg): **Vergleichende Bestimmung der Blutkörperchenzahl, des Serumeiweißes und Serumkochsalzes im Venen- und Kapillarblut.** (Deutsch. Archiv f. klin. Medizin, Band 133, Heft 5/6.)

Verf. haben durch eingehende Untersuchung festgestellt, daß die bei der üblichen Untersuchung des Kapillarblutes aus der Fingerbeere gewonnenen Werte für rote Blutkörperchen, Serumeiweiß und Serumkochsalz weitgehend differieren von den im Armvenenblut gewonnenen Werten. Die Werte werden aber gleich, wenn man nach Nägeli der Blutuntersuchung aus der Fingerbeere eine Handbad von 45° C. und 5 Minuten Dauer mit nachfolgender Frottage vorausgehen läßt. Daraus folgt, daß die Untersuchungen des Blutes aus der Fingerbeere erst nach Vornahme der von Nägeli angegebenen Prozedur erfolgen darf.

Die Untersuchungen der Verf. haben ferner ergeben, daß die Schwankungen der roten Blutkörperchen, des Serumeiweißes und des Serumkochsalzes weitgehend unabhängig voneinander erfolgen und man sich mit der Refraktionsbestimmung allein nicht begnügen darf, wenn man einen Maßstab für die Veränderung der Blutkonzentration gewinnen will. Hh.

Nervenheilkunde.

Prof. Dr. **Stefan Jellinek** (Wien): **Elektropathologische Versuche mit Gleichstrom und Wechselstrom — Rückschluß auf die zur Einwirkung gebrachte Stromart aus der Reizerscheinung des Versuchstieres — (gleichzeitig ein Beitrag zur experimentellen Epilepsie).** (Med. Klin. 1920, Nr. 44.)

Es ist bekannt, daß durch elektrische Stromeinwirkung Krämpfe hervorgerufen werden können, die bald einzelne Muskeln und Muskelgruppen befallen, bald sich verallgemeinern und einen epileptischen oder epileptiformen Charakter annehmen. Versuche des Verfassers haben ergeben, daß der epileptische Charakter der Krämpfe nur durch Wechselstrom zu erzeugen ist. Auf den Unterschied zwischen dem Ketten- und Induktionsstrom nach dieser Richtung hin haben bereits im Jahre 1870 Hitzig und Fritsch hingewiesen, was allerdings im Laufe der Zeit in Vergessenheit geraten ist. Hh.

Prof. Dr. **W. Runge** (Kiel): **Ueber Psychosen bei Grippe.** (Arch. f. Psychiatr., Bd. 62, Heft 1/2.)

Die pandemisch auftretende Grippe ist diejenige Infektionskrankheit, die am häufigsten psychische Störungen hervorzurufen vermag. Am meisten gefährdet sind nach dieser Richtung Personen im Alter von über 30 Jahren. Die Disposition ist beim weiblichen Geschlecht größer als beim männlichen. Nach der Schwere der Form der Grippe richtet sich auch die Schwere der Form der Psychose, die Bewußtseinstrübung und motorische Erregung. Im Initialstadium der Grippe sind Psychosen selten, am häufigsten im febrilen Stadium, jedoch auch nicht selten in der postfebrilen Zeit. Spezifische Grippe-Psychosen gibt es nicht; meist handelt es sich um delirante und amentiaartige Symptomenbilder mit mehr oder minder starker Bewußtseinstrübung. Die Prognose ist im allgemeinen als günstig zu bezeichnen. rs.

Kinderheilkunde.

Dr. **M. Weinberg** (Halle a. S.): **Die intraperitoneale Infusion.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 44.)

Zu den dringendsten Aufgaben des Pädiaters gehört oft die schnelle Verhütung der drohenden Wasserverarmung des kindlichen Organismus. Die Eingießung von Flüssigkeit in den Darm genügt für diesen Zweck nicht. Bis jetzt war die beliebteste Methode die subkutane Infusion einer physiologischen Kochsalzlösung. Auf Veranlassung von Prof. Stöltzner wurde die intraperitoneale Infusion ausgearbeitet, welche in geeigneten Fällen die subkutane Infusion übertreffen kann.

Sie macht sich vor allen Dingen die ausgezeichnete Resorptionskraft des Peritoneums und der freien Bauchhöhle zunutze. Man kann mit größter Geschwindigkeit verhältnismäßig große Mengen in die Bauchhöhle einfließen lassen. Zur Ausführung gehört strengste Aseptik und Einhaltung der Technik. Nach Jodierung der Haut der linken Unterbauchseite wird als Einstichstelle die Grenze zwischen dem äußeren und mittleren Drittel der Linie gewählt, welche die Verbindung zwischen Nabel und vorderem Darmbeinstachel darstellt. Die Haut wird mit einem kurzen Scherenschlag oder Skalpellschnitt durchtrennt und die Nadel drehend eingeführt. Beckenhochlagerung durch Anheben der Beine erleichtert die Manipulation, deren Technik sehr schnell zu erlernen ist. Die rasche Resorptionsfähigkeit gibt die Möglichkeit, Kindern über ein akut bedrohliches Stadium hinwegzuhelfen. Hh.

Orthopädie.

Privatdozent Dr. **Schede** (München): **Operative Beseitigung der Streckkontraktur in den Grundgelenken der Finger.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 44.)

Streckkontrakturen in den Grundgelenken der Finger gehören zu den undankbarsten Objekten orthopädischer Behandlung. Außer bei Verletzungen des Streckapparates sehen wir sie hauptsächlich bei der Ulnarislähmung und bei zu langer Fixation in Streckstellung. Die beste Behandlungsmöglichkeit ist der operative Eingriff. Die Durchschneidung kann offen vor sich gehen, indem man 3 Längsschnitte von ca. 2 cm Länge zwischen den Knöcheln der 3 letzten Finger macht und mit dem Tenotom die benachbarten Ligamente durchschneidet. Die Finger können dann mühelos zum rechten Winkel gebeugt werden und bleiben in dieser Stellung von selbst stehen. Die Tenotomie kann auch subkutan erfolgen. In der Nachbehandlung müssen die Grundgelenke einige Zeit in maximaler Beugung gehalten werden. Zuerst wird ein Gipsverband angelegt und zwar so, daß eine Gipshalbrinne den Oberarm und den Vorderarm bei rechtwinklicher Beugung des Ellbogens dorsal umfaßt, während die Gipsschiene dorsal über das Handgelenk hinweggeht und in einem schmalen Bügel die Vola umgreift. Nach 4—5 Tagen werden Bewegungen in den Arm- und Handgelenken versucht und nach 14 Tagen in den Fingergelenken. Hh.

Ohren, Nase, Hals.

Priv.-Dozent Dr. **Karl Amersbach** (Freiburg i. Br.): **Zur Strahlenbehandlung des Kehlkopf- und Rachenkarzinoms.** (Deutsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 46.)

Auf Grund der Erfahrungen in der Freiburger Universitätsklinik für Halskranke 1913—1920 und der Literaturangaben kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Heilung eines Kehlkopf- oder Rachenkrebses durch Röntgenbestrahlung allein nicht beobachtet worden ist. Die reinen Kehlkopftumoren ergeben namentlich im Anfangsstadium sehr günstige operative Ergebnisse, während bei ausgedehnten Karzinomen die Ergebnisse der Operation im allgemeinen schlecht sind. Operable Kehlkopfkarzinome vor der Operation zu bestrahlen, ist nicht ratsam, weil durch die Bestrahlungen das gesamte Gewebe beschädigt wird, so daß es eine vermehrte Blutungs- und Nachblutungsgefahr bietet sowie die plastischen Eingriffe schwer gefährdet. Bei größeren Tumoren kann die Vorbestrahlung dadurch vorteilhaft werden, daß sie den Tumor verkleinert und abgrenzt und dadurch unter Umständen erst eine Operation ermöglicht. Bei großen und inoperablen Tumoren ist die Bestrahlung durchaus angezeigt, weil sie die Schmerzhaftigkeit lindert und die schlimmen Folgen der Verjauchung beseitigt. Hh.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Friedrich Meier (Rostock): **Ueber die klimakterische Blutdrucksteigerung.** (Med. Klin. 1920, Nr. 27.)

An der Hand einer Anzahl von Fällen aus der Rostocker medizinischen Poliklinik und der Privatpraxis von Prof. H. Curschmann weist Verfasser auf die Tatsache hin, daß vielfach bei Frauen, die an klimakterischen Ausfallserscheinungen leiden, eine erhebliche Steigerung des arteriellen Blutdrucks besteht. Dieses Symptom ist im allgemeinen noch wenig bekannt, jedoch schon von einigen Autoren erwähnt. Die Blutdruckwerte bei den vom Verf. mitgeteilten Fällen betrugen im Durchschnitt 165 mm Hg. In einigen Fällen waren sie größer als 200. In der Regel gesellt sich die klimakterische Hypertonie zu den sonstigen bekannten Symptomen. In 2 Fällen betraf die Hypertonie jüngere Frauen nach der Totalexstirpation. Die Blutdrucksteigerung wird wahrscheinlich durch den Ausfall von blutdrucksenkenden Substanzen hervorgerufen, welche das normale Ovarium absondert. Für gewöhnlich wird diese blutdrucksenkende Wirkung durch blutdrucksteigernde Substanzen aus andern Blutdrüsen (Adrenalsystem) in Schach gehalten. Wenn nun die Funktion des Ovariums nachläßt, überwiegt der blutdrucksteigernde Antagonist. Therapeutisch brachten Eierstockpräparate (Ovaraden) in den meisten Fällen die Beschwerden, vielfach auch die Blutdrucksteigerung zum Rückgang. L.

Dr. **Gerhard Linnert** (Halle a. S.): **Zur Behandlung der Infektion post partum et abortum mit neueren Silberpräparaten.** (Prakt. Ergebn. der Geburtshilfe und Gynäkologie, 8. Jahrgang, Heft 2.)

Verf. ist auf Grund seiner Untersuchungen zu der Ueberzeugung gekommen, daß das Dispargen, hergestellt von der Chemischen Fabrik Reisholz-Düsseldorf, bei fieberhaften Prozessen im Wochenbett und nach Frühgeburten sich gut bewährt hat. Das Dispargen ist, wenn es frisch bereitet ist, ungiftig und ungefährlich. Es kommt in 2% Lösung in Ampullen gebrauchsfertig zu 2 und 5 ccm in den Handel. Angewendet wird es intravenös in Dosen von 0,04—0,1—0,2 ccm pro dosi bis zum Abfall der Temperatur. Das Präparat hat die Fähigkeit, die Virulenz der Keime abzuschwächen und eine entgiftende Wirkung auszuüben. Auch werden die Widerstandskräfte des von der Infektion befallenen Organismus neu entfaltet und angeregt sowie die Abwehrvorrichtungen des Körpers durch die hervorgerufene Hyperleukozytose neu angefacht. rs.

Harn- und Geschlechtsorgane.

Privatdozent Dr. **Hans Rubritius** (Wien): **Ein Fall von Harnretention auf tabischer Grundlage, durch Sphinkterotomie geheilt.** (Wiener klin. Wochenschrift 1920, Nr. 31.)

Als Ursache der erschwerten Miktion der Tabiker ist nach F r e u d e n b e r g in manchen Fällen eine Koordinationsstörung in den Verhältnissen zwischen Detrusor vesicae und Sphincter internus anzunehmen, derart, daß bei dem Versuch der Miktion mit der Kontraktion des Detrusor auch der Sphincter internus sich kontrahiert. Für diese Annahme spricht die in solchen Fällen immer sich findende Trabekelbildung in der Blase, die immer entsteht, wenn die Blase ein Hindernis bei der Urinentleerung zu überwinden hat. In diesen Fällen liegt also sicher keine Lähmung des Detrusor vor. Auf Grund dieser Erwägungen hat Freudenberg in einigen Fällen den Sphincter internus durchschnitten, und zwar auf intravesikalem Wege mittels des Bottini'schen scharfen Kauters. Nach Zerstörung des Sphincter internus übernimmt der quergestreifte Sphincter externus die Rolle des Schließmuskels allein. Verfasser hat das Freudenberg-sche Verfahren dahin modifiziert, daß er den Sphincter internus unter Leitung des Auges von der eröffneten Blase aus durchtrennt. Er berichtet in vorliegender Mitteilung über einen Fall (53jähriger Offizier, Tabiker, der seit 14 Jahren an Miktionsstörung litt), bei welchem er mittels dieser Operation einen vollkommenen Erfolg erzielte. Es wurde nach suprapubischer Eröffnung der Blase ein tiefer Keil aus der rückwärtigen Kommissur des Orificium internum urethrae nebst einem Stück des Sphincter internus herausgeschnitten. Der Kranke, bei dem früher eine sehr erhebliche Menge Residualharn bestand, ist jetzt imstande, seine Blase vollständig zu entleeren. Die Operation, welche leicht und ungefährlich ist und in Lokalanästhesie ausgeführt werden kann, kommt nach Verfasser in Betracht bei hypertonischen Blasen mit Residualharn, wenn noch keine größeren Motilitätsstörungen oder sonstige schwereren Symptome das Krankheitsbild beherrschen. L.

Pharmakologie und Toxikologie.

Geh. Med.-Rat. Prof. Dr. **Georg Klemperer** (Berlin): **Die Behandlung der Vergiftungen.** (Ther. d. Gegenw. 1920, Heft 10.)

Verf. berichtet über die Behandlung eines Patienten, der sich mit 2 g Sublimat zu vergiften suchte. Es wurden möglichst ausgiebige Magenspülungen vorgenommen und danach 2 Eßlöffel Kohlepulver (etwa 60 g) mit dem letzten Wasserguß in den Magen geschüttet. Die absorbierende Kraft des Kohlepulvers hat sich bei Vergiftungen schon sehr lange bewährt, ist aber erst in neuerer Zeit durch wissenschaftlich interessante Untersuchungen stärker betont worden. Das Kohlepulver zerstört auch solche Gifte, die erst im Darmkanal gebildet werden, und ist angezeigt bei Speisevergiftungen aller Art (Fleisch-, Fisch-, Wurst-, Pilzvergiftungen), ferner bei Enteritis, Ruhr, Cholera und akuten Durchfallkrankheiten. Hh.

Balneologie.

Dr. **L. Meyer** (Scheidegg): **Ueber den Einfluß des Höhenklimas auf das Blutbild.** (Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 46.)

Verf. untersuchte den Einfluß des Höhenklimas auf das Blutbild in der 1000 m hoch gelegenen Prinzregent Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg während der ersten 6 Kurwochen. Er fand, daß die Zunahme des Hämoglobingehalts der in Davos beobachteter Kinder nicht nachstand, obwohl sich unter den untersuchten Kindern nicht wenige Fälle von schwerer Knochen- und Lungentuberkulose befanden. Auch die Zahl der roten Blutkörperchen zeigte eine Vermehrung. Ebenso wie P e t e r s sieht Verf. in der Sonnenbestrahlung nicht den ausschlaggebenden Faktor des Einflusses, den das Höhenklima auf die blutbildenden Organe ausübt. Denn

auch in sonnenarmen Zeiten zeigen die Heilstätten in der Höhenlage bessere Erfolge als im Tiefland; sie können allein durch ihren günstigen Einfluß auf die Anämie als die wichtigste Begleiterscheinung der Tuberkulose erklärt werden.

Hh.

III. Bücherschau.

Theoretische Grundlagen für den Bau von Kunstbeinen. Von Priv.-Doz. Dr. **Franz Schede** (München). — 1920, Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart. — 190 Seiten, 135 Abbildungen. — Preis M. 24,—.

Der Bau von Kunstbeinen hat infolge der überaus zahlreichen, durch den Krieg veranlaßten Beinamputationen in letzter Zeit eine gewaltige Ausdehnung erfahren. Von Orthopäden ist auf diesem Gebiete Hervorragendes geleistet worden. Leider hat sich aber dieses Gebietes, das mehr wie jedes andere in der Heilkunst eine strenge Individualisierung erfordert, auch die fabrikatorische Industrie bemächtigt, die vielfach nach dem Prinzip arbeitet, durch schematische Fabrikation billigere Fabrikate auf den Markt zu werfen. Da die Aufklärung darüber, daß gerade bei den Kunstbeinen die individuelle Bearbeitung der schematischen so bedeutend überlegen ist, leider nicht weit genug in die beteiligten Kreise getragen werden kann, ist es als ein höchst dankenswertes Unternehmen zu begrüßen, daß Verf. eine möglichst geschlossene theoretische Grundlage für die Mechanik der Kunstbeine aufstellte, um praktisch verwertbare Normen daraus abzuleiten und wenigstens die groben Fehler im Aufbau der Kunstbeine auszuschließen. Es war kein leichtes Unternehmen, all die schwierigen Fragen der Technik so darzustellen, daß man den physikalischen und mechanischen Prinzipien der Materie hinreichend folgen kann. Dem Verfasser ist es jedoch gelungen, mit außerordentlichem Geschick alle wesentlichen Punkte über den Stand und Gang des normalen Menschen und des Oberschenkelamputierten zur Darstellung zu bringen. Besonders wertvoll sind die praktischen Anwendungen, die Verf. aus seinen Lehren angibt. Als Summe der Arbeiten auf diesem Gebiete gibt Schede an, daß es gelungen ist, die völlige Beherrschung des Kniegelenks in Ausfallstellung, den natürlichen Gang, das aktive Bergaufgehen und das aktive Besteigen von Treppenstufen zu ermöglichen. Den noch nicht gelösten Aufgaben der willkürlichen Beherrschung der Auslage und damit der Möglichkeit des Berg- und Treppabgehens sowie der willkürlichen Abwicklung des Fußes will Verf. seine weitere Arbeit widmen, auf deren Erfolg wir nach seinen bisherigen Leistungen hoffentlich bald rechnen dürfen.

Hh.

Medizinal-Kalender und Rezept-Taschenbuch 1921. Herausgegeben von Dr. **R. Lohnstein.** 28. Jahrgang, Berlin, Verlag Oscar Coblentz. — Preis M. 20,—.

Der beliebte Medizinalkalender von Lohnstein für das Jahr 1921 ist soeben erschienen. Inhaltlich hat er dadurch eine besonders wertvolle Erweiterung erfahren, daß er die neue preußische Gebührenordnung aufgenommen hat. Die Einreihung der neuen preußischen Gebührenordnung ist um so wichtiger, als der Arzt doch recht häufig in die Lage kommen dürfte, sich rasch über den einen oder anderen Punkt aus ihr orientieren zu müssen. Die übrigen Kapitel entsprechen durchaus den Bedürfnissen des praktischen Arztes und sind mit der dem Herausgeber eigenen kritischen Sorgfalt bearbeitet. Das Verzeichnis der Arzneimittel ist auf den heutigen Stand gebracht. Für unsere Zeit besonders zweckmäßig ist die Anweisung zu sparsamer Arzneiverordnung mit Rücksicht auf die Privat- und Krankenkassenpraxis.

Die Ausstattung des Medizinalkalenders ist recht gut; besonders sei auf den dauerhaften Einband hingewiesen. Dem Kalender sind 4 Quartalshefte mit gutem Schreibpapier für die täglichen Notizen des Arztes beigelegt. Die neue Ausgabe des Medizinalkalenders von Lohnstein ist dazu angetan, den Stamm seiner Freunde wesentlich zu vergrößern.

Hh.

Der Gerichtsarzt. Leitfaden für die forensische Praxis für Aerzte und Juristen. Mit Berücksichtigung der Deutschen Gesetzgebung im Anhange. Von Dr. **Gustav Paul,** Hofrat, Direktor der Staatsimpfanstalt in Wien, em. I. Assistent der Lehrkanzel für gerichtliche Medizin an der deutschen Universität in Prag. Zweite völlig umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, Franz Deuticke. 1920. 373 S. M. 27,—.

Der vorliegende Grundriß der gerichtlichen Medizin berücksichtigt entsprechend der Staatsangehörigkeit und amtlichen Stellung seines Verfassers natürlich in erster Linie die österreichische Gesetzgebung; da aber der Anhang die einschlägigen Bestimmungen und Vorschriften aus den Gesetzbüchern für das Deutsche Reich bringt, ist das Buch auch für reichsdeutsche Leser benutzbar. Diese gleichzeitige Berücksichtigung der Gesetzgebung beider Reiche erhöht ganz entschieden den Wert des Buches; bietet sich doch Aerzten und Juristen auf diese Weise Gelegenheit, zu mannigfachen interessanten Vergleichen. Inhaltlich genügt das Werk allen Anforderungen, die man an ein kurzgefaßtes Lehrbuch der gerichtlichen Medizin stellen kann. Was die Stoffabgrenzung anlangt, so wurde die gerichtliche Psychiatrie ausgeschlossen; alle übrigen den Gerichtsarzt interessierenden Fragen sind kurz, aber vollständig behandelt. Wertvoll ist die ausführliche medizinische Terminologie am Schlusse des Buches. Sie ermöglicht dem Juristen das Verständnis der medizinischen termini technici und ist für den Gerichtsarzt ein bequemes Hilfsmittel für die Verdeutschung von Kunstausdrücken bei der Abfassung seiner Gutachten. Nützliche Belehrung bietet auch das Kapitel über die modernen bei der Polizei verwendeten Methoden zur Feststellung der Identität, ein Gegenstand, der sonst in den Lehrbüchern der gerichtlichen Medizin nicht behandelt wird. — Besondere Anerkennung verdient schließlich die Ausstattung des Buches; Druck und Papier sind so, wie wir es vor dem Kriege gewöhnt waren, jedenfalls bedeutend besser, als in den meisten in Deutschland zurzeit gedruckten Neuerscheinungen.

L.

Patienten-Journal 1921. Verlag Oscar Coblentz, Berlin W 30.

Die neue Steuergesetzgebung macht auch für den Arzt eine sorgfältig geordnete Buchführung dringend notwendig. Unter allen Systemen der Buchführung hat sich das Patienten-Journal des Verlags Oscar Coblentz durch seine einfache, übersichtliche und zweckmäßige Form seit vielen Jahren in weiten Kreisen der ärztlichen Praktiker sowie der Spezialisten recht gut bewährt. Außer den einzelnen Konten, die kurz gehalten sind und alles überflüssige Beiwerk vermeiden, lassen besondere Tafeln die Kontrolle der bezahlten und ausstehenden Einnahmen zu, während ein gutes Register das schnelle Aufsuchen der einzelnen Konten ermöglicht.

Das Patienten-Journal erscheint in 4 verschiedenen Größen, und zwar zu 256 — 512 — 718 — 1000 Konten mit gutem Papier und dauerndem Einband. Aus den Probeformularen, die der Verlag kostenlos versendet, kann man sich leicht einen Ueberblick über die gute Anlage des Patienten-Journals verschaffen.

rs.

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, soziale Medizin, Medizinalgesetzgebung.

Berlin. Die Anfrage der Abgeordneten Dr. Hartmann und Dr. Wiebel an die Reichsregierung in betreff der Verhandlungen zwischen Reichsarbeitsministerium und Krankenkassenverbänden wurde dahin beantwortet, daß die Vorbereitungen für die bevorstehende große Reform der Reichsversicherungsordnung noch nicht so weit gediehen sind, daß eine Verhandlung mit den verschiedenen Interessentengruppen zweckmäßig erscheint. Sobald dieser Zeitpunkt eingetreten sein wird, soll den Vertretern der Aerzte Gelegenheit zur Geltendmachung ihrer Ansichten und Wünsche gegeben werden. Auch im Reichswirtschaftsrat (Unterausschuß zur wirtschaftlichen Förderung der geistigen Arbeit) kam diese Angelegenheit zur Sprache. Dr. Hartmann (Leipzig) wies darauf hin, daß der allgemeine Deutsche Krankenkassentag vom 2. Dezember 1920 gegen die freie Arztwahl Stellung genommen habe. Ein Gesetz, das die Krankenkassen ermächtigte, Aerzte von der Tätigkeit bei den Krankenkassen auszuschließen, würde diesen die Möglichkeit nehmen, durch Arbeit ihren Lebensunterhalt zu erwerben, und sei deshalb sowie auch im Interesse der Volksgesundheit zu verwerfen. Der Ausschuß beschloß daraufhin, die Regierung um Auskunft zu ersuchen, ob eine Aenderung der Reichsversicherungsordnung in dieser Richtung beabsichtigt sei, und diese ev. zur Begutachtung vorzulegen.

Der Antrag der unabhängigen Sozialdemokraten, der die Sozialisierung der ärztlichen Heiltätigkeit forderte, wurde in der Preußischen Landesversammlung nunmehr abgelehnt.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Bonn. Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Ungar, Professor der gerichtlichen Medizin, der vor kurzem zum Ordinarius ernannt wurde, tritt am 1. April 1921 von seinem Lehramt zurück.

Gießen. Die medizinische Fakultät ernannte zu Ehrendoktoren die Landtagsabgeordneten Osann und Reh wegen ihrer Verdienste um die Universität, insbesondere durch Förderung der wissenschaftlichen Institute und Kliniken.

Wien. Privatdozent Dr. Wasicky wurde zum a. o. Professor für Pharmakognosie ernannt.

Graz. Der ordentliche Professor der Anatomie und Direktor des hiesigen anatomischen Instituts Dr. Moritz Holl starb im Alter von 68 Jahren. Er war 1882 Professor der Anatomie in Innsbruck geworden und bekleidete sein Grazer Lehramt seit 1889. Für das Handbuch der Anatomie von v. Bardeleben hat er den Teil „Muskeln und Faszien des Beckenausgangs" geschrieben.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. R. Lohnstein, Berlin W50, Tauentzienstraße 7a; für den Inseratenteil: Rich. Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30. Maaßenstraße 13. — Druck von Vincenz Sala Nachf., Berlin SO 16, Cöpenicker Straße 114.